1944/B

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22038024

55350

TRATTATO

DI

ANATOMIA PATOLOGICA

DEL CORPO UMANO

DEL SIG BAILLIE

DOTTORE IN MEDICINA, MEMBRO DELLA SOCIETA' REALE DI LONDRA, SOCIO DEL COLLEGIO REALE DEI MEDICI, E MEDICO NELL' OSPIZIO DI SAN GIORGIO

Tradotto, ed accresciuto di note sull' ultima edizione

DAL DOTTORE PIETRO GENTILINI

PAVIA MDCCCVII.

Nella Tipografia di Giovanni Capelli.

Biblioteca Lazzaroni

La presente edizione è sotto la salvaguardia della Legge 19 Fiorile anno IX. (E F), essendosi adempito a quanto in essa si prescrive.

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

IL TRADUTTORE.

Il favorevole accoglimento, che ottenne l' anatomia patologica dell' Inglese Baillie *presso tutti i Medici d' Europa, il riunire quest' Opera entro i limiti di un sol tomo non molto voluminoso un Trattato quasi completo di Anatomia patologica, furono i motivi, che m' indussero a riprodurla con una traduzione italiana.*

Ho poi corredata questa mia traduzione di utili note, citando a suo luogo le osservazioni degli scrittori più classici in comprova di quanto asserisce l' Autore, e riportando la descrizione de' pezzi di maggior importanza esistenti nel Museo Patologico della R. Università di Pavia. Devo al Sig. Dott. De Felici

Custode di esso Museo alcune particolari nozioni che li risguardano, quali si prese tutta la cura di comunicarmi, come risulta nel decorso dell'opera, dove io l' ho a tal riguardo citato. Spero che questo trattato sarà per ottenere in Italia quell' approvazione, che si acquistò presso le altre nazioni, e se non giunsi a renderlo più proficuo, mi lusingo almeno di non averne scemato l' intrinseco pregio.

PREFAZIONE

DELLA PRIMA EDIZIONE.

Alcune malattie consistono soltanto in azioni morbose senza produrre veruna alterazione nella tessitura delle parti, e per conseguenza senza offrire soggetto ad un anatomico esame. Sonvi altre: in cui succedono alterazioni, o disorganizzazioni della tessitura delle parti, e che perciò divengono il soggetto di tal esame.

Quest' opera adunque ha per oggetto lo spiegare con più precisione, che finora non è stato fatto, le alterazioni di tessitura, che derivano da morbose azioni in alcune parti più importanti del corpo umano.

Io spero che risulterà qualche vantaggio per la scienza, e per la pratica della medicina, quantunque la conoscenza delle alterazioni patologiche non conduca con certezza alla conoscenza dell' azione morbosa, che le ha prodotte; le quali nulladimeno ben osservate, devono servire di base ad ogni patologica teoria. I nostri progressi nella conoscenza delle malattie devono osservare una certa proporzione coll' estensione, ed esattezza delle nostre cognizioni nell' Anatomia patologica; ma non bisogna dissimulare, che questi progressi devono essere lenti, e che la nostra marcia sarà necessariamente penosa, ed imbarazzante, giacchè le azioni morbose nelle parti elementari

sfuggono ad ogni osservazione: noi vediamo solamente gli effetti, ma io lo ripeto, che non conosco altra via onde giugnere alla verità, se non lo studio degli effetti, nè altro mezzo per togliere l'oscurità che avviluppa la teoria delle malattie.

Un secondo vantaggio che ci promette questo esame si è quello di farci distinguere le alterazioni di tessitura, che hanno molta rassomiglianza fra loro, e che generalmente sono state confuse. Ciò condurrà ad una più attenta osservazione de' sintomi che accompagnano le azioni morbose, e perfezionerà per conseguenza la diagnosi delle malattie, da cui necessariamente seguirà un metodo di trattarle più ragionevole, e più efficace.

Un altro vantaggio risultante da questo studio consiste nel metterci sulla strada di scuoprire le alterazioni di tessitura, che qualche volta succedono nell'organizzazione di parti, che sono poco o niente conosciute. Questa conoscenza servirà di base per fare ricerche sulla natura delle stesse malattie, e sopra i rimedj più proprj per combatterle.

Un quarto vantaggio è la correzione delle teorie prematuramente addottate, alla quale spesso questo studio ci conduce. Lo spirito umano inclina a formarsi opinioni sopra tutte le quistioni che gli si presentano, e per l'indolenza, e per l'avversione al travaglio che gli sono naturali, lento a pesare le circostanze che decidono della verità, o della falsità di tali opinioni. Quest'è, a mio parere, la sorgente la più feconda delle false opinioni che hanno oscurato, e ritardato non solamente la Medicina,

ma ogni ramo di scienza. Ma quando lo spirito umano si troverà ricondotto all'osservazione de' fatti, che non si prestano alle illusorie opinioni, la loro falsità diventa allora evidente, e cessa il loro impero. Io convengo nondimeno che gli uomini non sono sempre condotti a rinunziare alle loro opinioni, od anche a conoscerne la falsità colla testimonianza stessa de' fatti; ma se manca questo mezzo, qual altro può riuscire? E per quanto grande sia l'ostinazione di alcuni individui, il pubblico più imparziale si convincerà.

Chiunque osservasse attentamente i sintomi di una malattia, di cui la natura gli fosse sconosciuta, e che, facendo l'apertura del cadavere, trovasse alcuni morbosi fenomeni descritti in quest'opera, acquisterebbe una conoscenza esatta della malattia. Questa conoscenza servirà di bussola ad altre persone in simili occasioni, e condurrà forse ad un convenevole trattamento.

Una volta che si sia reso familiare colle alterazioni patologiche, è facile di fare osservazioni all'apertura de' cadaveri; e di giudicare della coincidenza di queste alterazioni co' sintomi ch'erano preceduti, e si è in istato di confermare le proprie osservazioni in modo, che possano servire ad altri di dati, e di base pel ragionamento.

La struttura, e la tessitura naturale di tutte le parti del corpo umano sono state esaminate con una esattezza tale, che si può dire avere l'anatomia toccato l'ultimo grado della sua perfezione; ma la conoscenza de' cangiamenti che una causa morbosa può far

avrebbe potuto fare, altre furono fatte molto tempo prima d' intraprendere quest' opera, e anche di avervi pensato, e sono forse per ciò meno esatte, che non lo sarebbero, se io avessi avuto quest' oggetto in vista. Sono ancora altre, di cui non vidi i tipi, che in preparazioni, e alle quali per conseguenza possono mancare alcune circostanze, che un abile osservatore avrebbe afferrato immediatamente dopo la morte. Ecco molte sorgenti d' imperfezioni, e d' imperfezioni quasi inevitabili. Del resto, nulla ho trascurato per dare a quest' opera tutta l' esattezza, e tutta la chiarezza, di cui è suscettibile, e se il Pubblico giudicherà favorevolmente, raddoppierò i miei sforzi per renderla ancora meno imperfetta.

PREFAZIONE

DELLA SECONDA EDIZIONE.

Offro oggidì al pubblico una seconda edizione di questa picciola opera: essa è notabilmente cresciuta, e si troverà, io spero, più esatta della prima. Le aggiunte derivano principalmente dalle mie proprie osservazioni: vi sono non pertanto alcune che non mi appartengono, e di cui debbo la maggior parte al Dott Soemmerring Professore d'Anatomia nell' Università di Magonza, uno degli Anatomici i più distinti dell' Allemagna. Egli ha pensato assai favorevolmente del mio tentativo per avanzare le cognizioni sull'anatomia patologica, che diede una traduzione tedesca della prima edizione di quest'opera, e aggiunse molti casi, e note assai minute. La coincidenza delle mie osservazioni, e delle mie opinioni colle sue, mi ha dato la più intera soddisfazione. Se il piano della mia opera lo permettesse, avrei potuto ritrarre il più grande vantaggio dalle utili fatiche di questo celebre Professore, ma molte aggiunte ch' egli fece non entrano rigorosamente nel mio piano.

Alle alterazioni patologiche ho aggiunto i sintomi che loro corrispondono Questa parte dell' opera è piena di difficoltà, ed implora l' indulgenza del pubblico: io procurerò nel caso di una terza edizione di renderla meno imperfetta.

Le difficoltà inseparabili da ogni tentativo avente per iscopo di descrivere i sintomi delle malattie, procedono da diverse sorgenti. I medesimi sintomi non accompagnano sempre le medesime alterazioni di tessitura del corpo, e sovente i sintomi quasi non differiscono, mentre queste alterazioni sono assai differenti. Le malattie del cuore, e del cervello confermano particolarmente questa verità. I malati assai imperfettamente spiegano i mali che sentono; circostanza questa di cui si può accusare in parte l'imperfezione del linguaggio, ed in parte i pregiudizj che hanno quasi sempre i malati sulla natura delle loro malattie. Spesso ancora le persone dell'arte interrogando gli ammalati poggiano le loro quistioni in maniera d'indurneli a dare una nozione molto inesatta delle loro malattie, giacchè queste quistioni sono suggerite da opinioni teoriche, o immaturamente addottate. Tutte queste difficoltà, e molte altre ancora, ristringono le vie dell'investigatore, e ritardano i suoi progressi; ma si dee sperare che, i fatti accumulati e gli sforzi combinati di molti individui, tutte le vinceranno.

Io non mi sono occupato a grandi minutezze nel descrivere i sintomi delle malattie: ciò non appartiene propriamente, se non allo scrittore, che ha per oggetto di descrivere una malattia particolare in tutte le sue circostanze. Ho perciò fatta menzione di que' sintomi soltanto, che sono i più costanti, e che più caratterizzano le malattie, alle quali appartengono. Molte alterazioni morbose sono benissimo descritte senza

aggiugnervi i loro sintomi, giacchè primieramente non sono stati ancora determinati quelli che corrispondono ad alcune di queste alterazioni; in secondo luogo molte sono prodotte da cause, le quali alterando pochissimo la costituzione, i sintomi scappano all'osservazione. Una terza ragione di questa ommissione apparente si è, che i sintomi di alcune malattie si offrono sì immediatamente ai sensi, che la loro storia è compresa in quella delle alterazioni patologiche, ed ogn' altra sarebbe superflua.

La storia de' sintomi è stata collocata alla fine di ciascun capitolo dopo le descrizioni patologiche, acciocchè il legame de' fatti patologici non fosse interrotto: in alcuni casi nondimeno, in cui i sintomi non mi furono abbastanza noti, onde poter dare una storia distinta, non ho separato il poco che potei dire dalle descrizioni patologiche.

Si trovano alcuni casi di vizio di conformazione aggiunti a tali descrizioni; questi casi non entrano propriamente nel mio piano, ed è per ciò, che non ho aggiunto, se non un piccolo numero, che sembrommi importante, e di cui io stesso ho, per la maggior parte, confermata la verità.

TRATTATO

DI

ANATOMIA PATOLOGICA

DEL CORPO UMANO.

CAPITOLO PRIMO

STATI PATOLOGICI DEL PERICARDIO.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione del Pericardio.

La membrana chiamata pericardio, che a guisa di sacco contiene il cuore, e che ripiegata sulla sua superficie gli serve di tonaca, va soggetta alla infiammazione. Questa malattia per verità assai rara, offre nulla meno sufficienti occasioni per esaminare gli effetti dopo morte.

La natura stessa di questa malattia indica abbastanza non essere dessa propria esclusivamente ad un particolare periodo della vita. L'esperienza però ci porta a credere, ch'essa sia più comune nella età matura, che nella infanzia, o nella età avanzata.

La grossezza di questa membrana aumenta dalla infiammazione, e la sua consistenza diviene più polposa Quest'alterazione di tessitura deriva da un sopraccarico di materia che vi è deposta, mercè l'accresciuta azione de' piccioli vasi, che si distri-

buiscono sopra la di lei superficie. Il numero di tali vasellini è di molto accresciuto, talchè la membrana comparisce interamente composta di vasi, che trasportano un sangue vermiglio. Nella interna superficie della membrana si osserva nello stesso tempo uno strato di materia polposa giallìccia, che facilmente si separa, per essere il più delle volte pochissimo aderente. Questo strato di una grossezza ineguale, si estende sopra tutta l'interna superficie: la sua grossezza in alcuni luoghi non supera quella dell'ostia; in altri poi eguaglia quella di alcune linee. Vi si scorge un color rosseggiante che gli compartiscono i piccioli vasi che si ramificano, ed i quali possono essere messi più sensibilmente a chiaro con una fina injezione Questi vasi qualche volta sono numerosi, e si può vedere il tragitto loro dalla membrana del pericardio nella falsa membrana, ove in qualche caso si vedono ancora alcune macchie di sangue vermiglio. La formazione di simili vasi sembra essere una pruova convincente che la materia stravasata sia dotata di un principio di vita; giacchè, come concepire la generazione de' vasi e la loro regolare distribuzione in una sostanza morta (1)? La superficie libera di questa materia membranosa dà origine a prolungamenti irregolari in forma di lamine, di un tessuto reticolare, che stabiliscono comunicazioni fra le due lamine del pericardio. Il colore, e l'organizzazione di questa materia la ravvicinano assai alla linfa coagulabile del sangue; ed è probabile, che la sua esistenza sotto tale forma si debba allo stravaso di questa parte del sangue operato dalla morbosa azione de' piccoli vasi del pericardio Nel medesimo tempo che questo strato di materia polposa si è formato sopra la superficie interna del pericardio, si accumula eziandio nella sua cavità, ora in mag-

(1) Quest'è un argomento su cui Hunter s'appoggia per provare il principio vitale del sangue.

giore, ora in minore quantità un liquido oscuro, o gialliccio. La quantità di questo liquido in alcuni casi non eccede quella di poche oncie; in altri si trova una mezza pinta: si vedono ancora fluttuanti alcuni filamenti della materia polposa già descritta e qualche volta un miscuglio di pus.

La infiammazione del pericardio passa qualche volta in suppurazione: questo esito è però raro, ed io non ho veduto, che un solo esempio. In questo caso il pericardio infiammato, e molto ingrossato, era coperto da uno strato di concrezione linfatica, ma senza alcuna traccia di esulcerazione Noi parleremo più particolarmente di questa circostanza, allorchè si tratterà delle alterazioni morbose delle pleure. La quantità di pus risultante da simile suppurazione era circa di una pinta. Qualora è presa da infiammazione quella parte del pericardio che immediatamente ricuopre il cuore, le fibre di quest' organo partecipano dell' affezione sino ad una certa profondità.

Quando il pericardio, o qualunque altra membrana che tappezza una cavità circonscritta, viene infiammata, e che sopra la superficie della membrana infiammata si formi uno strato di linfatica concrezione, è d'uopo, che i piccioli vasi che hanno esalato una tale materia linfatica, abbiano ad essa comunicato una disposizione particolare a coagularsi più forte di quella, che possiede nello stato naturale di salute; giacchè la coagulazione deve avere luogo al momento dello spandimento del liquido sulla superficie infiammata. Se la coagulazione non avvenisse istantaneamente, e se questa materia rimanesse fluida per qualche tempo, come accade nelle parti costituenti il sangue di un salasso, allora questa parte del sangue formerebbe una specie di focaccia nel fondo del siero, la quale sarebbe mobile da un lato all' altro della cavità, e non costituirebbe uno strato aderante alla superficie della membrana infiammata

Il siero sparso è ordinariamente in quantità

più grande di quella, che proporzionalmente esser non deve alla parte linfatica concreta sulla superficie della membrana infiammata; da cui è forza inferire, che i vasi sanguigni della membrana fattizia esalino il soprabbondante siero: questa conseguenza sembrami necessaria. Allorquando l'infiammazione comincia a diminuire, e la linfa coagulabile a convertirsi in aderenza, il siero è ordinariamente riassorbito, ciò che non può farsi, se non dai vasi assorbenti; perciò la membrana fattizia è fornita di vasi assorbenti, che provengono probabilmente dall'accrescimento, e prolungamento di quelli della membrana infiammata.

Abbiamo detto, che oltre il siero si trova ancora qualche volta pus nella cavità circonscritta di una superficie infiammata: quando ciò accade, è assai probabile che le minime arterie della membrana fattizia l'abbino deposto. Questa opinione è nuova, io credo, d'altronde è difficile immaginare da qual altra sorgente possa venire il pus in simili circostanze. Se si voglia supporre, che provenga dalle arterie medesime della membrana infiammata, è d'uopo supporre ancora, che trasudi a traverso la pseudo membrana, la quale è sovente di una grossezza considerabile: supposizione che non è probabile. Ma se arterie passano dalla membrana primitiva nella pseudo-membrana, perchè non volere attribuire alle arterie che si ramificano in questa, la generazione del pus, piuttostochè a quelle della membrana primitiva?

SEZIONE II.

Aderenza del Pericardio al cuore.

Un fenomeno, che frequentemente osservasi nell'apertura dei cadaveri si è l'aderenza del pericardio al cuore. In alcuni quest'aderenza non ha luogo, che in certi punti; in altri la si scorge per tutta

l'estensione delle due superficie in contatto. Il mezzo con cui fassi una tale aderenza è una tenue membrana, o una sostanza un po' più solida. La membrana quasi in nulla differisce dalla naturale membrana cellulosa, e la materia più solida pare essere identica alla linfa coagulabile del sangue. Che l'aderenza si faccia mercè l'uno, o l'altro di tali mezzi, la sostanza che la costituisce è sempre vascolosa, e suscettibile d'injezione Questa sostanza abbia, o no la forma membranosa, è costantemente identica alla materia polposa di cui abbiamo già parlato; poichè io ebbi più volte l'occasione di vederla cangiarsi gradatamente, e prendere l'una, o l'altra forma. Tutte queste aderenze devono essere riguardate come conseguenze della infiammazione, e le quali provano, che si può sopravvivere a quest'affezione del pericardio. Simili aderenze legano più, o meno strettamente il pericardio al cuore, e questo più, o meno vi ha luogo probabilmente, secondo che la infiammazione è recente, o antica. In quest'ultimo caso, il movimento continuo del cuore ha rilasciato le aderenze ch'erano intime nel principio (*a*).

SEZIONE III.

Idrope del Pericardio.

Questa malattia non è frequente, e, secondo la mia opinione, avviene per lo più nella età avanzata.

(*a*) Nel Museo Patologico dell' Università di Pavia trovasi un pezzo, che rappresenta il pericardio attaccato al cuore nella sua parte posteriore, e nell' anteriore che mancava l'aderenza si trovò una discreta quantità di linfa, siccome fui assicurato dal chiarissimo Sig. Dott. de Felici. Questo pezzo fu consegnato al Museo dal Celebre Professore Giuseppe Frank nel tempo, che con tant' onore sosteneva la Cattedra di Medicina Teorico - Pratica nella Università di Pavia (*Il Traduttore*).

Io l'ho veduta nulla ostante in soggetti, che non avevano per anco toccato il trentesim' anno, e credo pure, che i fanciulli stessi sieno suscettibili, quantunque meno esposti.

Ho veduto più di una volta fanciulli al di sotto del duodecim' anno affetti di idrope anasarca, ed ascite; ma ragionando *a priori*, l'idropisia del pericardio null'avrebbe più improbabile di ciò. Succede qualche volta di trovare acqua sparsa nella cavità del pericardio, senza che vi esista in altra cavità del corpo; più comunemente però codesto stato del pericardio è accompagnato da una effusione di acqua nelle altre cavità del torace.

L'acqua che si accumula nella cavità del pericardio varia assai in quantità: alcune volte appena arriva a due oncie, altre volte poi a mezza pinta. Qualunque sia la quantità dell'acqua raccolta, il pericardio non sembra giammai essere disteso; anzi al contrario pare suscettibile sempre di una più grande distensione, e la sua capacità atta a contenere una più grande quantità di acqua. Da ciò si può presumere avere questa membrana la proprietà di crescere, a misura che l'acqua si accumula nella sua cavità: cosa assai necessaria perchè il cuore possa dilatarsi facilmente, e senza ostacolo.

Il liquido accumulato è di un colore bruno più, o meno carico ne' diversi casi, e rassomiglia per le sue proprietà al siero del sangue. Se avvenga che nello stesso tempo si abbia l'idrope del pericardio, e l'itterizia, il liquido avrà allora una tinta gialliccia cagionata dalla bile. Qualche volta però è di un colore giallicciо simile a quello del siero, senza che attribuir si possa alla bile circolante col sangue.

SEZIONE IV.

Tumori scrofolosi del Pericardio:

Io ebbi una sola volta l'occasione di vedere due, o tre tumori scrofolosi crescenti nella cavità del pericardio, l'uno de' quali aveva il volume di una grossa noce. Erano dessi formati da una materia bianca e molle, della consistenza del latte coagulato, o del cacio recente. Il pericardio è di rado attaccato da scrofole; e queste morbose apparenze devono considerarsi come assai straordinarie.

SEZIONE V.

Pericardio quasi secco:

Due volte mi toccò di trovare il pericardio cangiato in guisa, che sembrava essere stato esposto all'aria per qualche tempo, e rassomigliava ad una vescica di bue secca. Hunter, di cui l'autorità si deve molto valutare, l'ha trovato più sovente in questo stato.

Nelle due mie osservazioni, il torace, e l'addome erano senza apertura; lo stato di secchezza quindi non poteva essere l'effetto di una evaporazione: di più, se fosse possibile che questo stato avesse per causa l'evaporazione, si osserverebbe più spesso all'apertura dei cadaveri, e le parti interne soggiacerebbero generalmente alla medesima mutazione dalla stessa causa: bisogna dunque attribuirlo ad una causa, che agisce durante la vita; questa causa consiste probabilmente in un difetto di azione, od in una morbosa azione dei vasi esalanti del pericardio; tale morbosa azione, o tale difetto di azione, impedisce la secrezione del liquido, che nello stato naturale lubrica quelle parti.

La soppressione di questa secrezione; o esalazione non è più difficile da concepirsi di quello sia di qualunque altra secrezione, o funzione analoga del corpo umano.

SEZIONE VI.

Pericardio cartilaginoso, ed osseo.

In qualche caso si è osservato una porzione del pericardio convertita in cartilagine (1): in alcuni altri si è veduta convertita in sostanza ossea (2): tali fenomeni però sono rari,

Io ho avuto l'occasione di vedere un esempio, in cui l'ossificazione si era estesa sopra una porzione considerabile del pericardio. Non mi toccò però di vedere questa membrana nello stato cartilaginoso.

SEZIONE VII.

Mancanza del Pericardio:

Alcune osservazioni attestano la mancanza totale del pericardio per vizio di conformazione. Il cuore allora comparirebbe perfettamente a nudo, e distinto all'occhio sollevando lo sterno, e l'estremità cartilaginose delle coste La superficie esterna delle diverse cavità, e dei vasi sanguigni del cuore è allora così evidente come lo è, quando nello stato naturale si apre il pericardio. Un' aderenza uniforme, ed intima del pericardio al cuore è stata qualche volta presa per un vizio di conformazione; ma questi due stati differiscono molto fra loro Nel

(1) Morgagni de sedibus, et causis morborum. Epist. 12. Art 10

(2) Bonnet vol. 1. p. 583.

caso di aderenza intima fra il pericardio, ed il cuore non si può mettere a nudo la superficie delle cavità, e dei vasi sanguigni di quest'organo togliendo lo sterno, e l'estremità cartilaginose delle coste; giacchè malgrado questo, comparirà come nello stato naturale, e la sola sezione può rendere queste parti visibili. Allorchè il pericardio aderisce intimamente al cuore, si attacca nello stesso tempo alla parte tendinosa del diaframma; ma quando il pericardio non esiste, il cuore è libero nella cavità del torace senza alcun' aderenza al diaframma, non essendo coperto, se non dalle sole pleure come i polmoni. Io stesso ho osservato un solo caso di simil vizio di conformazione, di cui ho consegnato la storia delle Transazioni Medico-Chirurgiche (1) (*b*).

SINTOMI.

I sintomi della infiammazione del pericardio non possono essere distinti da quelli, che accompagnano la infiammazione della sostanza stessa del cuore; giacchè quando la infiammazione del peri-

---

(1) Pag. 91.

(*b*) Il caso di cui qui parla l'Autore si è il seguente. Un uomo di quarant'anni fu il soggetto della sua osservazione: aperto il torace trovò che il pericardio mancava affatto: i due prolungamenti del mediastino erano stretti fra loro, ed incrocicchiavano la vena cava superiore un pollice circa al di sopra del suo ingresso nella orecchietta del cuore: questo era libero nella sinistra cavità del torace, ed era soltanto sostenuto da' suoi grossi vasi: era molto voluminoso, e di una figura straordinariamente allungata: non era per nulla attaccato al diaframma: la sua esterna membrana era nello stato naturale; e quando si tagliò presentossi l'interna sostanza muscolosa del cuore. Questo caso sembra decisivo, onde ammettere la possibilità della mancanza del pericardio; quantunque il grande Haller creda, che sieno tratti in errore tutti quegli scrittori che riportano tale mancanza, dall' esattissimo conglutinamento che spesso succede fra il pericardio, ed il cuore (*Il Traduttore*).

cardio è intensa, la sostanza muscolare del cuore s'infiamma sino ad una certa profondità, e per conseguenza le due parti provano nello stesso tempo la medesima malattia. I sintomi, che si osservarono sono, quell' affezione generale del sistema conosciuta sotto il nome di febbre; dolore nella regione del cuore, complicato sovente, ma non sempre, da palpitazioni, e da un polso irregolare; tosse, difficoltà di respirare, a qualche volta sincopi.

L' aderenza del pericardio al cuore non è accompagnata da sintomi facili a distinguersi nella pratica: quando è parziale, e sufficientemente molle, onde permettere al cuore i movimenti suoi proprj, è probabile che l' inconveniente sia poco, o nullo; ma d' altro canto, quand' è stretta, e generale sopra tutta la superficie del cuore, allora hanno luogo i seguenti sintomi: un senso d' oppressione, e qualche volta di dolore nella regione del cuore, un polso sovente irregolare, ed intermittente, respirazione difficile, e qualche volta una tosse secca.

I sintomi di effusione acquosa nel pericardio rassomigliano molto a quelli, che accompagnano l' idrotorace, e fino ad ora non sono stati ben distinti dagli Autori Di cotali sintomi parleremo, allorchè si tratterà dell' idrotorace. Un mezzo, a dir vero incerto, che ci potrebbe servire per distinguere l' una dall' altra queste due malattie, si è il senso d' oppressione limitato più particolarmente nella regione del cuore, di cui le funzioni sono anche più disordinate nell' idropisia del pericardio, che nell' idrotorace. È utile di osservare, che il più delle volte, le due malattie esistono nello stesso tempo, ed è allora inutile questo mezzo per distinguerle.

Il caso che abbiamo descritto dei tumori scrofolosi vegetanti nell' interno del pericardio, era accompagnato da tubercoli polmonari, ed il soggetto dell' osservazione morì co' sintomi di consunzione polmonare. Nessun sintoma fece sospettare una malattia del pericardio. Sembrami, che tumori scrofolosi crescenti nel pericardio non possano produrre alcun inconveniente sino a che restano piccioli; ma quando dessi acquistano una certa grossezza, allora necessariamente si oppongono ai movimenti del cuore, ed alterano le sue funzioni. È assai difficile il distinguere le alterazioni prodotte da questa causa, da quelle che possono essere cagionate da cause diverse, le quali egualmente impedirebbero l' azione del cuore: tal' è, per esempio, una raccolta di acqua nel pericardio.

La soppressione della secrezione, o dell' esalazione del pericardio non è accompagnata da sintomi conosciuti.

CAPITOLO II.

STATI PATOLOGICI DEL CUORE.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione del cuore.

La infiammazione della sostanza del cuore è una malattia rara, e non proviene per lo più, se non dall' affezione infiammatoria del pericardio, che si comunica alla sostanza del cuore dalla membrana ch' è applicata sulla sua superficie. La parte infiam-

mata diventa più vascolosa, di quello sia nello stato naturale, e vi si osservano macchie di sangue stravasato. È però possibile, che la sostanza del cuore s'infiammi idiopaticamente, e senza analoga affezione del pericardio. Io mi ricordo di un caso di simil natura, in cui il pericardio non presentava traccia alcuna d'infiammazione, nè di affezione morbosa, se non se una quantità di acqua nella sua cavità un po' più grande dell'ordinario (c).

Alcuni Autori hanno fatto menzione di ascessi, e di ulceri del cuore (1); ma io sono persuaso che simili casi sieno assai rari.

La cancrena dello stesso viscere è ancora più rara: ne abbiamo nondimeno qualche osservazione (2).

SEZIONE II.

Macchie bianche sulla superficie del cuore.

L'apertura dei cadaveri offre molti esempj di una macchia bianca, opaca, rassomigliante ad un ingrossamento del pericardio. Questa macchia ha qualche volta la larghezza di una moneta di dodici soldi, qualche altra è larga come un piccolo scudo. La sua più ordinaria sede è sulla superficie del ventricolo dritto, e di rado si trova su quella

---

(c) Nel Museo Patologico di Pavia esistono due pezzi, l'uno de' quali rappresenta un cuore, in cui osservansi villi nella sua superficie, che guarda il pericardio, e questo del pari è villoso nella superficie che riguarda il cuore. Il secondo consiste in un cuore coperto esternamente di pseudomembrana, ed il pericardio attaccato all'apice del cuore. Queste alterazioni sono, senza dubbio, conseguenze d'infiammazione, che interessò il cuore, sia primitivamente, sia dietro a quella del pericardio, sia finalmente che nello stesso tempo esistesse l'affezione in tutti, e due (*Il Traduttore*)

(1) Morgagni Epist 25 Artic. 17, Bonnet Vol. 1. pag. 849, Lieutand Vol. 2 pag 27.

(2) Lieutand Vol. 2. pag. 33.

del sinistro, o sopra le orecchiette. Questo stato patologico è dovuto ad una falsa membrana che aderisce ad una porzione della lamina del pericardio ch' è in contatto immediato col cuore. La sezione separa facilmente l' una dall' altra. Questo stato non mi pare essere di alcuna importanza, e la sua frequenza non permette che lo si consideri come un caso di malattia.

SEZIONE III.

Del Polipo.

Gli antichi Anatomici hanno riguardato il polipo come una malattia assai funesta, e comunissima: molti fra' moderni invece lo credono un' apparenza illusoria Consiste il polipo in una massa di concrezione linfatica, che riempie i ventricoli del cuore estendendosi entro i grossi vasi contigui. Questa massa ha il colore, ch'è tra il bianco, ed il giallo, qualche volta però è di un giallo carico, e di una consistenza ben ferma: questa riempie, o del tutto, o quasi del tutto la cavità ove la si trova, e s'è ne' ventricoli getta fastelli entro le fibre muscolari delle loro pareti; circostanza questa da cui deriva probabilmente il nome di polipo. Estendendosi dai ventricoli nelle grosse arterie corrispondenti questa concrezione, si modella a guisa delle valvule semilunari che sono nella origine di queste arterie. Gli esempj di questo fenomeno da me veduti erano per la maggior parte preparazioni, e non hanno avuto, per certo, luogo, se non dopo morte:

Perchè la circolazione si faccia a dovere, è necessario che il sangue si possa liberamente trasmettere dalle cavità del cuore nelle arterie. Qualunque di queste cavità si trovi turata, la circolazione tosto si arresta; ma un polipo tura sì completamente la cavità del cuore ove si è formato, che impossibile si rende la circolazione. Si dirà

forse, che il polipo si forma lentamente; cosicchè la sua esistenza non arresta tutto ad un tratto la circolazione, ma soltanto la difficulta nel principio. Noi manchiamo di prova fondamentale, che il sangue si possa coagulare nell'ordinaria circolazione, e senza alcuna lesione dell'apparato circolatorio. La sostanza de' polipi è perfettamente uniforme, e di un'apparenza identica in tutte le loro parti; cosa la quale dimostra, che tutto il coagulo si è formato nello stesso tempo. Tali circostanze contraddicono fortemente l'opinione di coloro, che pensano formarsi i polipi durante la vita. Io non sono di parere nulla ostante, che la loro formazione abbia luogo subito dopo la morte, nè che sia istantanea. Essi sono senza il minimo miscuglio di globetti rossi; il che prova, che il coagulo si è fatto assai lentamente, per cui i globetti si sono separati, mercè la loro maggiore gravità specifica.

Il coagulo ordinario del sangue, che non riempie del tutto le cavità del cuore (quantunque si trovino esempj, ove ciò accade), si fa subito dopo morte; giacchè le particelle rosse del sangue sono ordinariamente arrestate, in questa concrezione. Non è forse indifferente il dire in questa occasione, che trovasi qualche volta una materia concreta in uno de' ventricoli, di un colore gialliccio, e di un' apparenza oleosa, simile esattamente al grasso: ella è però senza miscuglio veruno oleoso, e possiede tutte le proprietà ordinarie della linfa coagulabile. Il colore della concrezione dipende qualche volta da una porzione di bile che circola col sangue, come nella itterizia; ma lo stesso colore esiste qualche volta, senza che attribuir si possa alla medesima causa: esso dipende dunque probabilmente da qualche circostanza della coagulazione, che noi affatto ignoriamo.

SEZIONE IV.

Aneurisma del cuore.

Il cuore può divenire aneurismatico; ma il fatto è raro. La dilatazione in forma di borsa di una porzione del cuore con una concrezione sanguigna nella stessa borsa costituisce una tale malattia Io non vidi, che un solo esempio, in cui la punta del ventricolo sinistro era dilatata in forma di borsa, al segno da poter contenere una piccola melarancia. Le pareti di questa borsa, assai più sottili di quello sieno le pareti del ventricolo dritto nello stato naturale, erano tappezzate da una membrana bianca, grossa, ed opaca: non vi era dentro, che una picciola quantità di sangue coagulato, quantunque ordinariamente la quantità del coagulo sia in ragione della capacità della borsa.

È probabile, che quest' alterazione dipendesse da una debolezza relativa, ed assoluta nel tessuto muscolare della parte, e tale che il sangue spinto contro questa parte nel tempo della contrazione del ventricolo non vi trovò una resistenza proporzionata alla sua forza, e fece quindi distendere la parte debole. Se la resistenza della parte dilatata fosse stata eguale a quella delle altre parti dell' organo, non sarebbe possibile il concepire, in qual modo avrebbe potuto nascere un tal cangiamento.

SEZIONE V.

Aneurisma della curvatura dell' Aorta.

Fra tutti gli aneurismi, che possono succedere nella cavità del torace, quello dell' arco dell' aorta è il più comune. In questa malattia l' arco dell'

aorta è dilatato molto al di là della sua naturale grossezza; qualche volta in un tumore uniforme; altra volta un tumore aneurismatico principale dà origine a più piccioli, che s'innalzano dalla sua superficie Se questa dilatazione è assai grande, sarà più, o meno riempiuta di sangue coagulato, ch'è disposto in lamine concentriche. Le tonache dell'arteria hanno presso a poco la grossezza loro naturale; perciò la loro nutrizione è attiva in ragione diretta della dilatazione; ed è per conseguenza più energica, che nello stato naturale. Sembrerebbe che questa nutrizione aumentata fosse determinata dalla natura, affine d'impedire la rottura che senza di questa avrebbe luogo, e la quale si opera dai *vasa vasorum*, se non si volesse convenire che possa nascere in parte dall'azione delle parti in contatto immediato coll'arteria.

Le tonache dell'arteria sono assai alterate nella loro tessitura nel luogo medesimo dell'aneurisma, e tutt'all'intorno di questa parte. Desse sono più facilmente divisibili in istrati, e contengono sovente alcuni punti di una materia ossea. Questi punti sono di un colore gialliccio, e formati nella membrana interna, o immediatamente dietro essa. Le parti delle tonache immediatamente contigue all'aneurisma si trovano di una tessitura irregolare, trasparenti, e sottili in alcuni luoghi; grosse, ed opache in altri.

Sembra qualche volta che la membrana interna sia doppia, e lo stesso si osserva nelle tonache dell'aneurisma medesimo. Le arterie vicine all'aneurisma sono affette in maggiore, o minore estensione ne'diversi soggetti; ma io non le ho giammai vedute esenti da malattie.

La malattia termina alle volte con esito funesto per la rottura del tumore, e per l'effusione del sangue nel pericardio; altre volte ha una marcia più lenta, e fa progressi ulteriori, acquistando un accrescimento, ed un volume eccessivo a segno di premere contro lo sterno, e le cartilagini delle

coste

coste. Questa pressione esercitata dal tumore è seguita dall' assorbimento della materia ossea, o cartilaginosa dello sterno, e delle coste, dimodochè il tumore compare finalmente all' esterno. Questo assorbimento si fa lentamente, e senza essere accompagnato da suppurazioine. Il tumore continua a crescere a segno, che il suo volume eguaglia quello della testa di un bambino; la pelle perde alla fine la sua consistenza, e la sua organizzazione e si rompe nel punto più elevato del tumore, e dà uscita al sangue coagulato ch' è spinto al di fuori dall' impulso della circolazione, e la persona all' istante muore. Qualche volta accade, che il sangue stilla lentamente, e la vita si estingue in fine per la graduata sua perdita.

L' aneurisma dell'arco dell' aorta, come quello di tutte le altre parti del sistema arterioso, deriva da un' affezione preliminare delle tonache arterose. Per questa morbosa affezione desse non possono presentare una proporzionata resistenza all'impulso del sangue che batte le loro pareti. Questa teoria diviene una verità incontrastabile osservando le tonache dell'aneurisma, e delle vicine arterie.

Io ho sovente veduto alterazioni morbose nell' arco dell'aorta che tendevano all'aneurisma. Tali alterazioni consistono in macchie bianche, opache, che si formano nella membrana interna dell'arteria. Le tonache sono nello stesso tempo più facilmente separabili l'una dall'altra di quello sieno nello stato naturale.

La causa per cui è sì frequente l'aneurisma dell'arco dell'aorta è la sua curvatura, che lo espone a tutto il *momento* del sangue spinto dalla contrazione del sinistro ventricolo. L'arteria polmonare non è giammai la sede dell'aneurisma, poichè quest'arteria è senza curvatura, ed il sangue passa liberamente per i due suoi rami ne' polmoni. È probabile ancora, che l'arteria polmonare sia naturalmente meno suscettibile dell' aorta a simili alterazioni, da cui essenzialmente dipende l'aneurisma,

L'arco dell'aorta, e tutte le altre parti del sistema arterioso sono meno soggetti all'aneurisma nella donna, che nell'uomo. Questa differenza tra l'uomo, e la donna deriva da due cause: la vita sedentaria delle donne le espone meno a quella violenza di circolo, che diverse cause eccitanti possono produrre; sembra in secondo luogo, che le arterie sieno nelle donne meno suscettibili di morbose alterazioni, che nell'uomo. Questa differenza fra' due sessi non è soltanto limitata all'aneurisma, giacchè molte altre malattie appartengono quasi esclusivamente all'uno, o all'altro sesso (*d*).

SEZIONE VI.

Ossificazione delle valvule semi-lunari.

Le tre valvule semi-lunari all'origine dell'aorta, e dell'arteria polmonare, vanno non di rado soggette ad un'alterazione nella loro tessitura.

Quest'alterazione consiste nella deposizione di una sostanza ossea, o terrea per un'azione morbosa de' piccioli vasi di queste parti. Tali vasi sono di un calibro assai stretto, perchè possino ammettere nello stato naturale i globetti rossi del sangue.

(*d*) Sul soggetto dell' aneurisma consiglio i lettori di leggere, e rileggere con somma attenzione l'immortale opera del cel. Professore Scarpa *sull'Aneurisma*. E' inutile ch'io mi trattenga sul pregio di quest'opera, che il nome dell'Autore, il modo con cui fu accolta da tutti i dotti dell'Europa provano abbastanza il suo merito. Nel Museo Patologico di Pavia si trovano quasi tutte le preparazioni da cui si trassero le belle tavole che accompagnano l'opera stessa (*Il Traduttore*).

SEZIONE VII.

Valvule semi-lunari divenute grosse, ed opache.

Accade sovente, che le valvule semi-lunari divenghino grosse di troppo, ed acquistino un colore bianco, ed opaco. Io credo che in questo caso anche le arterie contigue sieno egualmente ingrossate, ed alterate.

SEZIONE VIII.

Rottura delle valvule.

Nella collezione del Dottor Hunter esiste una preparazione, la quale rappresenta una delle valvule semi-lunari ingrossata. Questa valvula aveva nello stesso tempo poca tenacità, causa questa predisponente ad una rottura considerabile, che si era fatta, e che volendo giudicare dalla sua larghezza, ha dovuto portare velocemente la morte. Un tale accidente è però raro.

SEZIONE IX.

Ossificazione delle valvule ventricolo-auricolari.

L'apparato valvulare ch'esiste fra i ventricoli e le orecchiette, è suscettibile di concrezione ossea, o di deposito terreo, come lo sono le valvule semilunari; ma in effetto non è così spesso la sede di simile morbosa alterazione. È difficile il determinare, da che dipenda tale differenza; pure si potrebbe dare una spiegazione, riguardando queste valvule come appartenenti al sistema venoso, piuttostochè al sistema arterioso; giacchè è certo, che

le vene si ossificano assai di rado, e viceversa ciò avviene sovente nelle arterie.

SEZIONE X.

Ingrossamento, ed opacità delle suddette valvule.

Questo medesimo apparato valvulare s'ingrossa qualche volta, e perde la sua trasparenza, acquistando un colore bianco, ed opaco. Le corde stesse tendinee s'ingrossano morbosamente, come pure la membrana interna de' ventricoli, che spesso prende un colore bianco, ed una ferma consistenza. In questi casi si trova il volume del cuore aumentato. Io ho veduto in istato d'infiammazione quest'apparato valvulare coperto da uno strato di parte coagulabile del sangue.

SEZIONE XI.

Rottura del cuore.

Il cuore qualche volta, e soprattutto nell'età avanzata, diviene tenue nella sua sostanza, e si rompe all'occasione di qualche sforzo violento. Il sangue si spande nella cavità del pericardio, e la persona all'istante muore. Io fui testimonio di un caso simile, e mi fu comunicato un altro da persona degna di fede. I soggetti di queste due osservazioni erano di sesso maschio; circostanza questa che merita di essere valutata, giacchè le femmine sembrano essere molto meno soggette degli uomini alle malattie del cuore, e delle arterie. È probabile che una morte subitanea provenuta da questa causa sia stata molte volte attribuita all'apoplessia,

SEZIONE XII.

Sangue nel Pericardio senza rottura del cuore.

Alcuni casi poco frequenti d'effusione di sangue nel pericardio sono stati osservati, senza che si avesse potuto trovare, malgrado la più esatta indagine, la minima rottura nel cuore, od in alcuno de' suoi vasi Quest'è un fenomeno assai sorprendente, che non si potrà giammai concepire *a priori* ammettendo, che non esista veruna rottura. Io potrei presentare due ipotesi per ispiegare il fatto, tutte due, per verità, ravviluppate da difficoltà: la prima si è che i vasi della superficie del cuore abbiano perduta la loro naturale densità, e che perciò il sangue abbia potuto trassudare dalle loro tonache; la seconda, che il sangue siasi effuso dalle arterie che si aprono principalmente sopra quella porzione di pericardio, che copre immediatamente il cuore, e di cui gli orificj potrebbero essere rilassati (1).

SEZIONE XIII.

Vizio di conformazione del cuore.

Il cuore è qualche volta sì mal conformato che la vita non può sussistere se non con affanno e per poco tempo. Questi vizj di conformazione impedendo tutte le sue operazioni portano necessariamente una morte prematura. Il Dott. Hunter (2) ha descritto due casi di questa natura, e la sua collezione racchiude una preparazione dimostrativa di

(1) Obs med. vol. 4. pag. 33. Mem. de la Soc. Med. vol 1 pag 238.

(2) Obs med. vol. 6. pag. 291.

una conformazione viziosa. Questa preparazione è il modello di un cuore, di cui il ventricolo dritto era estremamente picciolo, come pure l' arteria polmonare che da esso prendeva origine. L' origine di questa arteria è rappresentata come perfettamente impenetrabile. Il canale arterioso è aperto e termina nel ramo dritto dell' arteria polmonare. Il diametro di questo canale è più piccolo che nello stato naturale; l' orecchietta dritta al contrario è più grande, essendo stata dilatata dal continuo accumulamento del sangue La comunicazione delle orecchiette per il foro ovale è assai ampia.

Un fanciullo nel quale si trovò tale vizio di conformazione aveva la pelle di un color nero carico, la respirazione laboriosa, e non visse che tredici giorni,

In un altro caso descritto dal Dott Hunter l'arteria polmonare era assai picciola specialmente nella sua origine, ed il setto del cuore mancava nella sua base, di modo che il dito pollice poteva passare senza molta difficoltà Il soggetto di questa osservazione visse tredici anni: non aveva giammai la ciera comune a' sani, ma al contrario oscura e tendente al nero. Fu spesso preso da convulsioni, soprattutto allorchè provava qualche viva emozione, e che faceva movimenti un poco impetuosi.

È chiaro che in queste sorta di deviazioni dalla struttura naturale, il sangue non passa in sufficiente quantità dai polmoni, onde la respirazione si faccia convenientemente, e che l' alterazione dev' essere in proporzione del grado di questa deviazione. Per la stessa ragione il sangue sarà nero, giacchè la vivacità del suo colore non deriva se non dalla influenza dell' aria che prova ne' polmoni, come oggidì è conosciuto da tutti. Da questa causa ancora ha origine la nera apparenza della pelle; apparenza ch' è più o meno intensa, secondo che vi è più o meno quantità di sangue nelle vene.

È ragionevole il credere che allorquando il cuore è così mal conformato, la circolazione debba

farsi assai più difficile; ogni volta che per qualche causa è aumentato il suo ordinario corso. È facile di concepire che la difficoltà può giungere al punto da produrre convulsioni, come è avvenuto nel caso citato.

Si vede nella collezione del Dott. Hunter il cuore di un fanciullo, di cui il tramezzo de' ventricoli era bucato nella sua base da un foro abbastanza largo, onde permettere il facile passaggio ad una penna d'oca. Il fanciullo morì di sei mesi. Il foro era evidentemente un vizio di conformazione. Il Dott. Hunter ha descritto questo caso nel VI volume *delle osservazioni mediche* (e). Un caso presso a poco simile è stato descritto dal Dott. Pultney nel terzo volume *delle Transazioni mediche*. Il soggetto di quest'osservazione era giunto all'età di quattordici anni.

Io qui descriverò un vizio di conformazione osservato in un fanciullo di due mesi, e che mi sembra assai singolare. E' qualche tempo che possiedo il pezzo medesimo, il quale dimostra la realtà. Il ventricolo dritto di questo cuore dava origine all'aorta, ed il ventricolo sinistro all'arteria pol-

---

(e) Anche nel Museo Patologico di Pavia esiste un cuore, i di cui due ventricoli comunicano fra loro mercè un' apertura nel tramezzo Questo rarissimo pezzo fu ritrovato dal cel. Prof Raggi nel cadavere di un mercante d'anni trentacinque circa. Il soggetto era sempre emaciato, ed aveva una pallida ciera. La sua statura era alta, e quantunque ammogliato con una giovane robusta e sana non ebbe mai prole. Il cel Med De Felici, che comunicommi queste circostanze crede, che la statura grande fosse derivata dalla maggior spinta del sangue nell'aorta gettato dalla forza combinata di amendue i ventricoli comunicanti, ed il non avere avuto figli dalla secrezione del seme, del pari a quella della nutrizione, alterata, e resa infeconda Nella famiglia di quest'individuo sono tuttora altri soggetti che provano una particolare sensazione alla regione del cuore, il che fa sospettare di qualche vizio organico ereditario. Anche il celebre Prof. Corvisart Proto-Medico di S. M I. R. Napoleone il Grande riferisce un simile esempio (Recueil period.) (*N Traduttore*).

monare. Non vi era altra comunicazione fra queste due arterie, se non per mezzo del canale arterioso di cui il calibro ristretto appena permetteva il passaggio ad una penna di corvo. Il foro ovale era un poco più ristretto di quello suole essere in un fanciullo nato di fresco. Il volume del cuore era proporzionato all'età del fanciullo: quest'organo non aveva altri difetti di quelli già descritti. In questo fanciullo dunque circolava sempre un sangue rosso entro il cuore, ed i polmoni, ad eccezione di quella picciola quantità di sangue nero, che poteva passare dal foro ovale; nel resto poi del corpo circolava un sangue nero, mescolato solamente colla picciola quantità di sangue rosso che passava per mezzo il canale arterioso nell' aorta. La vita ha durato per un tempo considerabile, senza che circolasse sangue rosso nel sistema dell'aorta, ad eccezione di quel poco che vi si portava dal canale arterioso. Io ne provo molto dispiacere di non avere potuto raccogliere che una storia imperfetta della vita di questo fanciullo: il colore della sua pelle era molto livido; effetto del poco sangue rosso che vi era nella circolazione generale, la superficie del suo corpo era più fredda, che nello stato di salute, e di buona conformazione; la respirazione era naturale. Sarebbe desiderabile, che al caso di una seconda simile osservazione, si misurasse esattamente il calore delle parti sì interne, che esterne con un termometro. Questo strumento introdotto nel retto potrebbe determinare quello delle parti interne (1).

(1) Questo caso singolare di conformazione viziosa del cuore mi fu dato dal Dott. Wolaston d'Edmundsbury, il quale si è data tutta la premura per raccogliere le circostanze della vita del fanciullo, ma senza tutto il successo che si avrebbe desiderato.

SEZIONE XIV.

Accresciuto volume del cuore.

Il cuore è qualche volta accresciuto di volume, senz'altra alterazione patologica. Spesso le pareti muscolose non sono grosse in proporzione dell'aumento di volume, ed è ordinariamente riempiuto di sangue in parte fluido, ed in parte coagulato (*f*).

SEZIONE XV.

Idatidi del cuore (1).

Vi sono osservazioni d'idatidi aderenti al cuore; ma io non posso attestare la realtà con mie proprie osservazioni. Quest'alterazione patologica non sembra essere uniforme in tutte le parti del corpo Io parlerò particolarmente della loro natura descrivendo gli stati patologici dei reni.

(*f*) Numerosi sono gli esempj di accresciuto volume del cuore, che ci riferiscono molti accreditati Scrittori. Hogle (Mem. of the Med oc. of London. V 1.) vide un cuore ch'era tre volte più grande di quello suole essere nello stato naturale. Morgagni (de sed., et caus. morb. epist 64) descrive un cuore, il quale oltre di essere più grande del solito, aveva ancora le sue pareti molto più forti, e dense, ed il sinistro ventricolo non era ingrandito. Heurnio (Hist-, e Observat. n 28.) racconta di avere veduto un cuore che eguagliava quattro volte l'ordinario volume. Ballonio (Epid. et Eph. p. 145) vide un cuore della grandezza di una testa anche voluminosa. Nel Museo Patologico di Pavia trovasi parimente un cuore di grandissimo volume (*Il Traduttore*).

(1) Morgagni Epist. 25 Art. 15.

SEZIONE XVI.

Porzione del cuore ossea o terrea.

È stata osservata una parte del cuore convertita in osso (1); come pure una materia terrea deposta nella sostanza muscolare del cuore (2).

Non mi toccò di osservare casi di simil natura, e devono essere riguardati come assai straordinarj.

SINTOMI.

I sintomi della infiammazione del cuore sono presso a poco simili a quelli che accompagnano la infiammazione del pericardio: cioè, l'affezione generale del sistema conosciuta sotto il nome di febbre, dolore nella regione del cuore, palpitazioni, polsi irregolari, tosse, difficoltà di respiro, e sovente sincope E' probabile che quest'ultimo sintoma sia esclusivo all'affezione della sostanza del cuore, e che la semplice infiammazione del pericardio ne sia esente; le due malattie però caminano per lo più insieme.

I sintomi dell'aneurisma del cuore sono quelli stessi che compariscono nell'aneurisma dell'arco dell'aorta.

Il principale sintoma dell'aneurisma dell'arco dell'aorta nel principio della malattia, è una forte pulsazione che si fa sentire all'esterno del petto, non solamente toccando, ma ancora all'occhio, se il petto è allo scoperto.

---

(1) Morgagni Epist. 27. Artic 16 Vedete ancora Comunic Med. Vol. 1 pag 228.

(2) Bonnet Vol. 1. pag. 820, e 825.

Non bisogna però conchiudere da questo solo sintoma ch' esista un' aneurisma. Io ho sentito la medesima pulsazione in altri casi, in quello per esempio di una forte aderenza del pericardio al cuore; in quella di una lieve infiammazione della superficie del cuore con effusione di una picciola quantità di acqua nel pericardio; in quello ancora di un morboso accrescimento del cuore, senza tumore aneurismatico: ma quando l' aneurisma dell' arco dell' aorta ha acquistato un certo volume, allora un tumore comincia a formarsi esteriormente, accompagnato da una forte pulsazione. Io credo questo sintoma proprio all' aneurisma, e come il suo carattere distintivo, e certo. Il battito dell' arteria radiale è irregolare in alcuni casi di aneurisma dell' arco dell' aorta; ma una tale irregolarità non è costante. Un leggiere esercizio produce una difficoltà di respiro in simili casi; e questa difficoltà s' aggrava in proporzione che la malattia fa progressi.

I sintomi di alterazione morbosa delle valvule del cuore non sono caratterizzati abbastanza per poter essere ben distinti nella pratica. Una difficoltà di respiro, qualche volta palpitazioni, sovente un polso debole ed irregolare, in alcuni casi una disposizione a cadere in isvenimento; tali sono gli ordinarj sintomi della ossificazione di queste valvule. Il complesso dei sintomi che costituiscono la così detta *Angina pectoris* coincide qualche volta con quelli della ossificazione delle valvule. Fra tutte le osservazioni fino ad ora fatte nessuna dimostra che tali valvule sieno affette, piuttosto che tali altre.

I sintomi osservati di una lenta effusione di sangue nel pericardio sono una grande debolezza, difficoltà di respirare, molta ansietà, ed oppressione, un sordo dolore, ed un senso di peso dietro lo sterno; a questi sintomi si aggiunge ancora un sudore freddo e viscoso che si estende per tutto il corpo.

L'aumento considerabile di volume del cuore è accompagnato da palpitazioni che sono sensibili non solo alla mano applicata al lato sinistro, ma alla vista eziandio, e senza che il petto sia spoglio dell' ordinario vestito. Io ho osservato alcuni casi di un battito forte, e vigoroso dell'arteria radiale; ma la debolezza, e l'irregolarità del polso sono assai più frequenti. Le pareti muscolose del cuore essendo generalmente assai sottili in proporzione della capacità aumentata delle cavità, quest'organo non ha più la forza necessaria per spingere il sangue nelle ultime ramificazioni del sistema arterioso. La difficoltà di respiro si aggrava qualche volta, le labbra, e le gote acquistano nello stesso tempo un colore purpureo. Questo colore è più o meno carico, secondo che il sangue è trasmesso più o meno in copia per i polmoni. Le cause di questo aumento morboso del cuore sono poco conosciute. È possibile nondimeno che il reumatismo ne sia qualche volta la causa (1).

Non si è acquistata ancora alcuna conoscenza esatta su' sintomi delle idatidi del pericardio; si può nulla ostante presumere ch' essi non differiscano molto da quelli della idropisia di tale cavità In un caso riferito da Morgagni la persona era soggetta a svenimenti.

Una porzione del cuore è stata convertita in osso od in materia terrea, senza avere in più casi presentato alcun sintoma. In altri casi di consimili alterazioni si osservarono palpitazioni, ed una difficoltà di respiro.

---

(1) Il Dott. Pitcairn l'ha osservato in molti casi.

CAPITOLO III.

ALTERAZIONI PATOLOGICHE OSSERVATE NEL TORACE .

SEZIONE PRIMA.

Infiammazione.

La membrana della pleura che tappezza le cavità del torace è assai soggetta ad infiammarsi . Nessun periodo della vita va esente da questa malattia ; essa però sceglie il momento in cui il corpo ha acquistato la pienezza del suo accrescimento, e delle sue forze , in cui le funzioni vitali si fanno col massimo loro vigore , a preferenza della infanzia o dell'età avanzata . Le pleure sembrano essere più soggette alla infiammazione , che qualunque altra membrana di cavità circonscritta del nostro corpo , come il peritoneo , la tunica vaginale ec. La cagione di tale differenza non è sì facile a trovarsi ; si può nondimeno osservare che le arterie intercostali trapassano li muscoli di questo nome , e comunicano per mezzo di molte anastomosi colle arterie delle superficie laterali esterne del petto ; di modo che tutto ciò che può agire sopra queste arterie esterne facendole contrarre , o diminuire di calibro può nello stesso tempo produrre un accumulamento di sangue ed un aumento di azione ne' rami interni delle arterie intercostali , molti de' quali si distribuiscono sopra le pleure È possibile ancora che vi sia un consenso , o simpatia più intima fra l'azione delle arterie interne , ed esterne del petto , di quello sia generalmente nel corpo . Questi fatti , *

queste ipotesi non danno tutt'al più che una spiegazione probabile, e congetturale; perciò si avrà riguardo di nulla conchiudere positivamente. Qualunque sia l'incertezza che regna sulla causa, non è poi meno vero, che la infiammazione delle pleure sia assai più frequente di quella d'ogni altra membrana analoga. Questa è una cosa sì vera, che non si può esaminare il torace di un soggetto giunto nell'età adulta, senza scoprire traccie di una infiammazione recente, o antica.

La infiammazione aumenta la grossezza delle pleure, e dà loro una consistenza polposa. Un numero grande di minimi vasi sanguigni che trasportano un sangue vermiglio si ramificano, ed uno strato di concrezione linfatica si forma nello stesso tempo alla sua superficie Questo strato è qualche volta di una estrema tennità, altra volta poi la sua grossezza è considerabile. La sua superficie è liscia, o dà origine a prolungamenti in forma di fiocchi che s'intralciano a guisa di un merlo fino. Vi ha ancora una effusione di fluido sieroso nella cavità del torace, nel quale nuotano molti fragmenti della falsa membrana in forma di lamine Questo fluido in qualche caso è misto di pus. La falsa membrana che cuopre la pleura polmonare aderisce sovente a quella che tappezza la pleura costale per mezzo di alcuni punti isolati, o per quello di larghe superficie. Io ho avuto l'occasione di osservare il graduale cangiamento della materia di queste aderenze in membrana cellulosa, da semplice concrezione linfatica ch'era in origine. Io ho di già fatto rimarcare all'occasione della infiammazione del pericardio, che i vasi della falsa membrana possono rendersi evidenti coll'ajuto dell'injezione. Quando la pleura polmonare è affetta da infiammazione, il parenchima di questo viscere partecipa nello stesso tempo della medesima affezione.

SEZIONE II.

Aderenza nella cavità del torace.

Spesso si trova la pleura polmonare aderente alle pleure costali e diaframmatiche, senza che vi esista alcuna traccia d'infiammazione attuale.

Queste aderenze sono sovente parziali, ed allora hanno luogo per lo più nella parte superiore, e posteriore del torace: desse sono qualche volta estese a tutta la cavità del medesimo; legano le parti insieme strettamente o debolmente. Nel primo caso questi mezzi di aderenza consistono in una membrana grossa e consistente; nel secondo poi in una membrana spongiosa che rassomiglia esattamente al sistema celluloso in genere. Tali aderenze sono tante conseguenze d'infiammazione, e sono forse le apparenze patologiche che presenta più frequentemente l'esame de' cadaveri.

SEZIONE III.

Empiema.

Non è raro il caso di trovare pus nella cavità del torace, ciò appunto che costituisce la malattia chiamata *empiema*. Questo accidente può provenire dalla forte azione infiammatoria de' vasi sanguigni delle pleure, o dalla rottura di qualche ascesso de' polmoni di cui il pus siasi evacuato nella cavità del torace. Quando la suppurazione consiste in quest' azione infiammatoria de' vasi sanguigni delle pleure, non esiste alcuna traccia di ulcera. Le pleure sono intatte in questi casi, e coperte da uno strato di concrezione linfatica.

È già molto tempo che il Dott Hunter ha stabilito questa verità. La formazione del pus dipende

dunque da una certa condizione de' vasi sanguigni delle pleure, o più verisimilmente di quelli della pseudo-membrana da cui sono rivestite. Il pus può essere libero nella cavità del torace, o confinato in una parte circonscritta dalle aderenze tra le pleure polmonari, e le costali. Quando deriva dall' evacuazione di un ascesso de' polmoni la sede è limitata ordinariamente a certi confini dalle aderenze. L' empiema non è comunemente accompagnato da alcun segno esterno. Qualche volta però si scorge una certa intumescenza al lato ove il pus si è raccolto; ed in qualche caso ancora un tumore si vede sporgere fra due coste Uno o più spazj intercostali sono stati la sede di esulcerazione dalla quale il pus si è effuso esternamente. La collezione del Dott. Hunter fornisce un esempio di una simile evacuazione mercè un copioso numuro di fori negli spazj intercostali.

SEZIONE IV.

Idrotorace.

Non di rado si trova nell'una, o nell' altra cavità del torace, o in tutte e due un fluido acquoso; avvenimento questo che costituisce la malattia chiamata *Idrotorace*. Questa malattia è spesso accompagnata d' accumulamento di acqua in altre cavità del corpo soprattutto in quella del pericardio, e da infiltramento nelle estremità inferiori. Il liquido dell' idrotorace è ordinariamente di color bruno, gialliccio, e qualche volta tendente al rosso a causa di un lieve miscuglio di globetti rossi del sangue. Le sue proprietà sono analoghe a quelle del siero. La sua quantità è molto varia: essa in certi casi equivale ad alcune oncie; in altri a più pinte. Quando la quantità è eccessiva il petto sporge al' infuori dal lato dello spandimento; e nell' apertura del cadavere si trova il polmone di quel lato più o meno com-

compresso. Io vidi un caso in cui i polmoni compressi appena eguagliavano il volume del pugno della mano.

Le aderenze un po' estese sono spesso accompagnate da spandimento acquoso, circostanza questa da cui si può inferire, che una forte infiammazione precedente abbia dato origine all'idrotorace, mercè l'esalazione sierosa (1).

SEZIONE V.

Pleure divenute pressochè secche.

La superficie delle pleure è ordinariamente umida nell'apertura del cadavere. La libera circolazione dei polmoni esige necessariamente questa umidità delle superficie, e delle pareti del torace. Io ho osservato però questa umidità quasi affatto mancare, e le pleure presso a poco secche; alterazione prodotta probabilmente dal difetto di azione de' vasi esalanti.

SEZIONE VI.

Ossificazione delle Pleure;

Accade qualche volta, benchè io creda assai di rado, che le pleure si trovino convertite in osso. Una sottile lamina ossea si estende allora sopra una porzione considerabile di questa membrana in tutti i casi di simil fatta che a me toccò di vedere, questa ossificazione contro natura mi è sembrata

(1) Questa conchiusione è confermata in più casi da Cruikshank in un suo trattato sopra il sistema assorbente; seconda edizione pag. 116.

in nulla differire dall'osso naturale. Io non l'ho giammai osservata in masse irregolare o grossa, ma sempre in forma di lamine. La causa primitiva e lontana di quest'alterazione è difficile a determinarsi; ma d'altronde non si può dubitare, che l'ossificazione non si faccia in quest'occasione immediatamente, seguendo leggi perfettamente analoghe a quelle dell'ossificazione naturale. Tutte le parti del corpo umano sono soggette a questa mutazione dell'azione vascolosa, ma le pleure sono la sede più frequente di qualunque altra membrana analoga Quest'alterazione non è stata accompagnata d'alcun inconveniente sensibile ne'casi da me osservati Le parti vicine delle pleure non presentavano verun segno d'infiammazione, e nemmeno i polmoni. Si può di leggieri comprendere nondimeno, nel caso in cui l'ossificazione si facesse irregolarmente, e per mezzo di prolungamenti acuti, che l'infiammazione potrebbe seguirne, e trarre seco una malattia funesta (1) (*g*).

SINTOMI.

I sintomi dell'infiammazione delle pleure sono bene determinati: un'affezione generale del sistema più o meno intensa, e conosciuta sotto il nome di febbre; un dolore acuto in qualche parte del petto, il più sovente verso le coste, e che si aumenta nell'ispirazione; incomodo il decubito sul lato malato; difficoltà di respiro; tosse secca nel principio accompagnata in seguito da una secrezione della trachea, e de'bronchj. Pare però che possa avere luogo una leggiere infiammazione delle pleure,

---

(1) Soemmering rapporta un caso in cui si trovò una parte de' polmoni infiammati, ed in suppurazione al di sopra delle pleure ossificate. Anatom. Patol trad. Tedesc. pag 43.

(*g* Ho veduto nel Museo Patologico di Pavia, un bellissimo pezzo che rappresenta la pleura in gran parte ossificata (*Il Traduttore*).

senza che esistano questi sintomi, o almeno senza che abbino una intensità così sensibile. L'esame anatomico di quelli soggetti pervenuti all'età adulta, offre pochi esempj di una totale mancanza di aderenza fra le pleure polmonari, e le costali; ma i sintomi caratteristici della pleuritide non sono proporzionatamente così frequenti. È dunque probabile che le pleure possino essere affette da un grado d'infiammazione sufficiente per lo stravaso della linfa coagulabile del sangue, pel cui mezzo si stabiliscono le aderenze, senza che la persona ne risenta il minimo inconveniente. Bisogna, o adottare quest'ipotesi, o supporre che le aderenze possino stabilirsi senza precedente, e produttrice infiammazione. Sembrami che non si possa esitare sulla scelta da fare in questo dilemma.

Quando le aderenze nate nel torace sono abbastanza lunghe onde permettere ai polmoni la libertà di dilatarsi, la respirazione non è sensibilmente affetta; ma allorquando desse sono brevi, e legano insieme strettamente i polmoni, e le pareti del torace soprattutto se si estendono uniformemente per tutta la cavità toracica, allora vi ha tosse, difficoltà di respiro, ma nessun sintoma febbrile.

L'empiema nato in seguito ad un'infiammazione delle pleure o dei polmoni può essere distinto con maggiore certezza da'brividi, dalla cessazione del dolore, dalla persistenza della tosse, e della difficoltà del respiro; dal decubito più facile sul lato malato: in certi casi il lato affetto è sensibilmente cresciuto di volume.

La raccolta d'acqua nel petto può essere distinta nella pratica dai seguenti sintomi: respira-

zione assai difficile; impossibilità di giacere orizzontalmente, d' onde la necessità di avere la testa, e la parte superiore del tronco elevate; il sonno interrotto da sussulti, e da sogni spaventosi; urina poca; anasarca delle gambe; polso ordinariamente irregolare, ma non sempre; volto pallido; tinta purpurea delle labbra, e delle gote, se il colorito di queste ultime non sia del tutto appassito, e cancellato. Questo cangiamento di colore deriva dal ristagno del sangue venoso, perchè l' accumulamento d' acqua impedisce ai polmoni dilatarsi e dargli passaggio.

Quando l' ossificazione delle pleure è poco estesa, la respirazione non può essere affetta; ma per poco che quest' alterazione morbosa faccia progressi il respiro si risente necessariamente, giacchè i movimenti de' polmoni, o delle coste sono difficoltati, secondo che la pleura polmonare, o la costale è la sede dell' ossificazione. Alcuni casi di difficoltà di respiro derivati da questa causa sono stati osservati.

CAPITOLO IV.

STATI PATOLOGICI DE' POLMONI.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione.

Io sono di parere che l'infiammazione del parenchima de' polmoni succeda di rado senza una analoga affezione delle pleure. Cotesta opinione è fondata sull' osservazione quasi costante di quest' associazione, o simpatia di affezione (*h*).

Allorchè una parte de' polmoni s' infiamma il suo tessuto spongioso diviene più rosso di quello sia nello stato naturale: vi si scorgono allora due colori l' uno vermiglio, l' altro di un rosso meno chiaro. Quest' apparenza è prodotta da un aumento di numero dei piccioli vasi sanguigni che si ramificano sopra le superficie delle cellule polmonari. Vi ha nello stesso tempo uno stravaso di linfa coagulabile nel parenchima dei polmoni, e qualche volta anche sangue. Si riferiscono casi, in cui lo

(*h*) Non è poi così rara come dice l' Autore la infiammazione de' polmoni senza che nello stesso tempo sia infiammata la pleura. Il cel. Prof Pietro Franck (epit de curand. hom. morb. l. 2 p 125.) è anzi di parere che si trovi più spesso la sede della infiammazione ne' soli polmoni Anche il ch. Dott. De Felici (Obs. pract., et phys p. 38. nelle molte sezioni di cadaveri da lui fatte ritrovò sovente infiammati i soli polmoni (*Il Traduttore*).

stravaso del sangue era assai considerabile, ma io non l'ho giammai osservato in gran quantità La parte ch'è affetta da infiammazione è assai più pesante di quello è solita essere nello stato naturale, a motivo della più grande quantità di sangue che concorre allora in que' vasi, e della linfa coagulabile che que' vasi, secernono, od esalano. L'aumento del peso è dimostrato dal precipitarsi nel fondo dell'acqua in cui s'immerge: nel toccarla dà la sensazione di un corpo solido, ma non quel scoppiettio che la pressione delle dita fa sentire nel polmone sano. Tali circostanze saranno più, o meno marcate secondo il grado dell'infiammazione.

La pleura polmonare è affetta pur dessa da infiammazione, e ordinariamente nella parte corrispondente alla porzione infiammata de' polmoni: ella è riempiuta d'un gran numero di vasi rossi assai sottili, coperti da uno strato di concrezione linfatica. Si deve distinguere lo stato infiammatorio de' polmoni dall'apparenza che dà loro l'infiltramento del sangue dopo morte, e dal solo peso. Il sangue si accumula sovente nella parte posteriore de' polmoni, a cagione della positura orizzontale che comunemente si dà ai cadaveri. Il peso di questa parte è cresciuto, ed il suo colore diviene più oscuro, ma non si osserva però quella moltitudine di vasi sanguigni, nè alcun segno caratteristico della infiammazione. Il sangue raccolto per gravitazione in una qualunque parte de' polmoni è nericcio; mentre che, se la infiammazione fu la causa, si osservano porzioni di un colore vermiglio (*i*).

(*i*) Nel Museo Patologico di Pavia trovansi due pezzi che rappresentano i polmoni coperti da pseudo-membrane nate in seguito d'infiammazione. Si rimarcano in queste pseudo-membrane molti vasi, alcuni de' quali sono injettati a mercurio. I pezzi furono consegnati al Museo dall'insigne Prof Giuseppe Frank (*Il Traduttore*).

SEZIONE II.

Ascessi de' polmoni.

Gli ascessi ne' polmoni costituiscono uno stato patologico assai comune. Questi ascessi consistono molte volte in tante picciole cavità che contengono pus; ed altre volte queste cavità sono di una grandezza tale, per cui la maggior parte de' polmoni è distrutta. In certi casi comunicano solamente con alcuni rami della trachea che si trovano guasti: in altri comunicano colla cavità del torace, e determinano l'empiema. Quando questi ascessi sono profondamente situati, è possibile che le pleure rimangano sane; ma se la loro situazione è superficiale, la membrana delle pleure è per la maggior parte affetta da infiammazione nello stesso tempo: I bordi di un ascesso prodotto ne' polmoni da infiammazione acquistano sempre un certo grado di solidità dalla concrezione linfatica prodotta dalla infiammazione. Se gli ascessi sono scrofolosi, le parti vicine non sono di un tessuto più consistente o più solido di quello sieno nello stato naturale, e non soffrono comunemente alcuna alterazione, nel caso soprattutto in cui gli ascessi sono piccioli, e lontani l'uno dall'altro, e quando una parte de' polmoni è riempiuta di tubercoli, de' quali alcuni sono convertiti in ascessi. Le parti intermedie del polmone sono per lo più di una tessitura assai solida. Seguendo il corso de' vasi sanguigni che si dirigono verso un ascesso de' polmoni, io li ho trovati assai contratti a misura che si avvicinavano, dimodochè le loro estremità erano affatto chiuse. Per aprire queste estremità è stato necessario spingere uno stiletto con molta forza. Il fu Dott. Stark (1) trovò in molti di questi vasi sangue coagulato.

(1) Vedi le op. del Dott. Stark pag. 28

Questo stato de' vasi sanguigni è dovuto senza dubbio alla previdenza della natura, che ripara così contro l'emorragia, che sarebbe certamente e quasi istantaneamente funesta.

SEZIONE III.

Tubercoli de' Polmoni.

Nessuno stato patologico de' polmoni si osserva così spesso, come quello de' tubercoli. Con un tal nome s' intendono certi piccioli corpi rotondi, di un color bianco, e di una solida consistenza disseminati per entro la sostanza de' polmoni. Io sono di parere che tali tubercoli sieno formati nel tessuto cellulose che lega insieme le vescichette aeree, e non partecipino della natura delle ghiandole. Alcuni hanno pensato che i tubercoli altra cosa non sieno, se non che un' alterazione morbosa delle ghiandole; ma il parenchima de' polmoni non contiene corpi ghiandolosi. La membrana interna de' bronchj contiene follicoli; ma giammai si trovarono tubercoli in questa membrana: sono assai piccioli nel principio, e non eccedono in grossezza la testa di una picciola spilla: in questo stato sono ordinariamente riuniti in grappoli. È probabile che i piccioli tubercoli di ciascuu grappolo si riuniscano insieme in maniera da formare alla fine un sol tubercolo. Hanno ordinariamente la grossezza di un pisello; ma vi è su di ciò molta varietà. Aderiscono assai strettamente al parenchima polmonare, senza che rivestiti sieno di capsula, o di una membrana propria qualunque, e quasi senza vasi. Tagliati si vede la loro sostanza liscia, ed assai densa, e spesso nel loro interno un pus aggrumato. Allorchè un tubercolo è quasi interamente convertito in pus, sembra non essere che una capsula bianca in cui il pus è contenuto. Quando molti tubercoli di una grossezza considerabile si sono insieme uniti

onde formare una sola massa tubercolosa, questa massa ordinariamente si trova suppurata interamente. Il pus è d'ordinario denso e grumoso; ma s'è in quantità considerabile, rassomiglia più da vicino al pus di un ascesso ordinario Si trovano spesso molti piccioli ascessi ne' polmoni, che risultano dalla suppurazione di alcuni considerabili tubercoli. Gl' intervalli che separano questi tubercoli hanno ordinariamente una tessitura più dura, più consistente, che nello stato di salute; le cellule sono nello stesso tempo quasi cancellate.

Io ho qualche volta osservato un numero grande di piccoli ascessi sparsi nel parenchima de' polmoni della grossezza circa di un pisello. Il pus di questi ascessi è più denso di quello che risulta dall' infiammazione ordinaria, e rassomiglia assai al pus scrofoloso. È probabile che questi ascessi provenghino dalla suppurazione di molti tubercoli isolati, e sparsi. Il parenchima polmonare che li circonda è sovente perfettamente sano, e le cellule senz'alcuna ostruzione, o aderenza delle loro pareti.

Dal passaggio de' tubercoli in ascessi risulta la tisi polmonare, una fra le più micidiali malattie della nostra isola. Si trovano qualche volta tubercoli ne' polmoni di fanciulli dell'età di due o tre anni: il tempo il più comune della loro comparsa è un po' avanti l'età matura; ma si fanno vedere ancora nell'età avanzata.

Tagliando i polmoni si trova spesso una porzione considerabile convertita in una materia bianchiccia di una grande mollezza che rassomiglia esattamente ad una ghiandola scrofolosa allorchè principia a suppurare. Quest'apparenza è prodotta probabilmente da un deposito di materia scrofolosa nella sostanza cellulosa di una certa porzione de' polmoni, e dalla sua disposizione a suppurare (k).

(k) Vidi [illegible] nel cadavere di un fanciullo di circa quattordici [illegible] morto nella sala del cel. Prof. Borda i polmoni zeppi di tubercoli di natura scrofolosa, in modo che

Questa materia sembra essere della stessa natura di quella del tubercolo, e differire soltanto in ciò, ch' essa occupa un grande spazio, mentre il tubercolo è circonscritto.

SEZIONE IV.

Tubercolo molle e polposo.

Ho veduto un tubercolo de' polmoni che differisce dal precedente per la sua natura e per la meno sua frequenza. Questa specie di tubercolo consiste in un tumore molle, di una tessitura liscia, e di un colore bruno; non è rivestito da alcuna capsula propria; ma sta immediatamente nel parenchima de' polmoni. L'apertura di questi tumori me li presentò sempre senza suppurazione: la media grossezza di quelli che ho veduto eguagliava quella di una coccola di uva spina, e la loro situazione più ordinaria era sulla superficie de' polmoni Ne ho osservato però di una minore grossezza sparsi nella sostanza de' polmoni. Nel modo stesso che questo tubercolo differisce assai da quello precedentemente descritto per le sue qualità specifiche, è probabile che differisca ancora per la causa, e per il meccanismo della sua produzione, che noi del tutto ignoriamo, o conosciamo assai imperfettamente.

---

una picciolissima parte de' lobi superiori serviva alla respirazione. Varii tubercoli insieme uniti si vedevano suppurati in molti luoghi Il soggetto aveva tutti i caratteri della scrofola. Anche nel Museo Patologico di Pavia trovasi un esempio di polmoni tubercolosi (*Il Traduttore*).

SEZIONE V.

Raccolta di acqua nella sostanza dei polmoni.

La sostanza de' polmoni consiste nelle cellule aeree, ed in un tessuto celluloso analogo al generale sistema celluloso. Questo tessuto celluloso è continuamente umettato, acciocchè la dilatazione, ed il restrignimento de' polmoni si faccia liberamente. Il grado di una tale umidità varia assai, come lo dimostra l'esame de' polmoni. La quantità di acqua che trapela è più, o meno grande secondo le circostanze, ma sempre è mescolata con alcune particelle di aria. In qualche caso la quantità di quest' acqua è accresciuta in modo da costituire una malattia, che può chiamarsi anasarca de' polmoni. Io non ho veduto un caso di simil natura assai marcato; ma altri osservatori confermano il fatto (1). È forse superfluo il dire, che a misura che l'acqua si raccoglierà ne' polmoni, le loro cellule aeree saranno compresse, in guisa che non potranno più ammettere tutta l'aria di cui il sangue abbisogna.

SEZIONE VI.

Polmoni distesi dall' aria.

L'apertura del petto lascia spesso vedere i polmoni in uno stato di dilatazione, che riempiono interamente le due cavità del torace. Quando si esaminano questi organi in simile stato, si scorgono le loro cellule piene di aria, di modo che si può vedere sulla loro superficie immediatamente sotto la pleura un numero prodigioso di picciole vescichette bianche. I bronchj contengono sovente nello stesso tempo molta quantità di liquido mucoso.

(1) Traduz. Tedesca dell' Anat. Patol. fatta da Soemmering

SEZIONE VII.

Cellule aeree dei polmoni ingrandite.

I polmoni sono qualche volta divisi in un picciolo numero di grandi cellule, in guisa che rassomigliano all'organo polmonare di alcuni animali anfibj. Quantunque abbia osservato tre esempj di questo fenomeno lo credo nulladimeno assai raro. Questa dilatazione non naturale delle cellule non può essere verisimilmente attribuita, che a qualche impedimento alla sortita dell'aria, da cui ne avviene il suo aumento nelle cellule, e probabilmente la rottura de' loro tramezzi, per cui molte cellule contigue formano una sola in questo stato contro natura.

SEZIONE VII.

Vescichette aeree attaccate agli orli de' polmoni.

Simili vescichette sono state trovate qualche volta complete e senza far parte de' polmoni. A prima vista si potrebbe credere che desse sieno tante vescichette aeree ingrandite; ma giacchè non comunicano con alcuna cellula aerea, questa opinione pare non avere fondamento. Sembra più probabile che costituiscano piuttosto uno stato patologico, e che si formino nella stessa maniera delle vescichette aeree che si trovano attaccate agl'intestini, ed al mesenterio di certi quadrupedi, e che i picciolissimi vasi sanguigni che si ramificano sopra queste vescichette abbino la facoltà di secernere aria (1).

---

(1) Hunter Econom. Anim. pag. 165.

SEZIONE IX.

Polmoni cangiati in una sostanza rassomigliante al fegato.

I polmoni sono qualche volta convertiti in una sostanza solida che rassomiglia al fegato: la loro solidità, e la loro generale apparenza sono presso a poco le medesime. L'esempio che vidi era una preparazione. Sono disposto a credere che questa mutazione sia venuta in seguito di una infiammazione che occupava tutta l'estensione dei polmoni, ed in cui una gran quantità di parte coagulabile del sangue era stata stravasata nella sostanza dei polmoni. Lo stravaso dà necessariamente una grande solidità al tessuto dei polmoni, e la storia de' sintomi che hanno accompagnato analoghe mutazioni confermano l'opinione, che sia la vera causa. Tali sintomi sono quelli prodotti da una infiammazione de' polmoni.

SEZIONE X.

Polmoni divenuti ossei.

Qualche volta, ma di rado, una parte de' polmoni è convertita in osso. I piccoli vasi che in simile circostanza si ramificano nella sostanza de' polmoni secernono la materia ossea. In un esempio di questa natura, che fu il solo da me veduto, pareva che il cangiamento si fosse fatto rapidamente. Aveva il soggetto una somma difficoltà di respirare, ma tale difficoltà non durò che per poche settimane: ciascun polmone provava il medesimo cangiamento, che di già era assai avanzato; ed ho osservato nella costituzione di questo soggetto una marcata disposizione all' ossificazione. Egli aveva

un tumore osseo assai grosso attorno il ginocchio, e tosto fatta l'amputazione del membro, sopravenne la difficoltà di respirare, cagionata dall'ossificazione dei polmoni. Ecco una metastasi di questa malattia da una parte esterna ad una interna, perfettamente analoga alla metastasi della gotta, e del reumatismo.

SEZIONE XI.

Tumore solido comprimente i polmoni.

Ho veduto un tumore della grossezza di una melarancia attaccato in uno de' polmoni sopra un legame membranoso, e debole che più o meno li comprimeva. Questo tumore era formato da una sostanza porosa, gialliccia, che non rassomigliava pel suo tessuto ai tumori generalmente conosciuti per scirrosi, o scrofolosi: desso pareva di un organizzazione *sui generis*. Quest'era probabilmente l'effetto di un'azione morbosa, di cui ignoriamo i caratteri.

SEZIONE XII.

Concrezioni terree nei polmoni.

Sono state trovate qualche volta ne' polmoni concrezioni terree; questo fenomeno però è assai raro: qualche volta sono picciole, altra volta poi in massa considerabile (1). L'osservazione attesta ancora il cangiamento in materia terrea di una gran parte dei polmoni (2) (*l*).

---

(1) Morgagni epist. 17 art. 19., epist. 15. art. 25.

(2) Morg epist. 22., art 15.

(*l*) Nel Museo Patologico di Pavia vidi un calcolo trovato ne' polmoni (*Il Traduttore*).

SEZIONE XIII.

Idatidi.

Le idatidi si formano qualche volta anche ne' polmoni, e colla tosse sortono varie: sono della medesima natura di quelle che si trovano nel fegato, e di cui a suo luogo faremo parola (*m*).

SINTOMI.

I sintomi dell'infiammazione della sostanza dei polmoni corrispondono molto a quelli della pleuritide L'infiammazione de' polmoni, a dir vero, è quasi sempre accompagnata da quella delle pleure, cosicchè è assai difficile il distinguerle nella pratica; ma per buona sorte una tale distinzione è quasi indifferente, essendo il trattamento di queste due malattie il medesimo. Quando l'infiammazione dei polmoni non è accompagnata da quella delle pleure, e ch'è perfettamente semplice, si è osservato che il dolore nel petto è più ottuso, e che il polso è più duro; la respirazione è assai difficile, le vene del collo sono gonfie; la faccia è tumida; le gote, e le labbra sono purpuree La difficoltà che prova il sangue venoso nell'attraversare i polmoni infiammati è la causa di tutti questi effetti; e tale difficoltà deriva dallo stravaso della parte coagulabile del sangue nella sostanza de' polmoni, che

---

(*m*) Morgagni (epist. 16 art. 33) vide nel polmone una idatide, che conteneva alcune oncie di acqua chiara, e la quale pochissimo spergeva fuori dalla superficie di questo viscere Bonnet (Sepulchr lib. II sect 1 obs. 33 35) riporta il caso di un polmone, il quale aveva la superficie piena d'idatidi, Anche nel Museo Patologico di Pavia trovasi un pezzo, che rappresenta una idatide senza verme trovata ne' polmoni (*Il Traduttore*).

impedisce la loro compiuta dilatazione, e nello stesso tempo comprime le cellule aeree; di modo che la necessaria quantità di aria non è ammessa, ed il sangue manca per compiere convenientemente le sue funzioni nell'economia. Quando l'infiammazione de' polmoni termina per suppurazione si manifesta quest'esito con accessi di freddo, con una diminuzione del dolore, e con espettorazione di pus.

Allorchè si formano tubercoli nel polmone, e innanzi che suppurino, sono, a mio credere, accompagnati da una lieve tosse, da difficoltà di respiro, e da un polso celere: Questi sono i sintomi che precedono ordinariamente la tisi polmonare, e che si trascurano dai malati, e dai loro amici.

Quando i tubercoli hanno cominciato a suppurare, ed a convertirsi in ulcere vi ha un espettorazione di un pus denso, che qualche volta è mescolato con sangue, macie, debolezza, e quella general affezione conosciuta sotto il nome di febbre etica.

Io non conosco i sintomi del gran tubercolo bruno.

Quando le cellule dei polmoni sono state distese, ed accresciute in capacità, le persone furono per lungo tempo soggette ad una grande difficoltà di respiro; ma io sono di sentimento, che non si conosca oggidì alcun sintoma, da cui si possa distinguere questa malattia dalle altre che attaccano il petto.

In alcuni casi, in cui i polmoni sono stati convertiti in una sostanza simile a quella del fegato,

si sono osservati sintomi analoghi a quelli che accompagnano la infiammazione Io sono disposto a credere, che questo stato dei polmoni si debba allo stravaso della parte coagulabile del sangue nella loro sostanza in occasione di una infiammazione.

Quando si formano concrezioni terree nei polmoni, le persone sono più, o meno soggette ad una difficoltà di respiro, e alla tosse Certe porzioni di queste concrezioni sono qualche volta rigettate colla tosse, ed una tal circostanza svela la natura della malattia. Senza di ciò non sarebbe distinta da molte altre malattie che affliggono il petto.

Quando trovansi idatidi nei polmoni, queste cagionano tosse, difficoltà di respiro, e frequenza ne' polsi. Una tosse violenta l'espelle qualche volta fuori, ed è questo il solo accidente che può far distinguere la malattia.

CAPITOLO V.

STATI PATOLOGICI DELLA GHIANDOLA TIROIDEA, DELLA LARINGE, E DELLE PARTI CONTENUTE NEL MEDIASTINO POSTERIORE.

Avanti di descrivere gli stati patologici delle parti contenute nel mediastino posteriore, faremo conoscere le mutazioni morbose alle quali vanno soggette la ghiandola tiroidea, e la laringe. Queste parti hanno rapporti sì intimi coll'aspera arteria, che la descrizione delle loro mutazioni morbose

non potrebbe avere un posto più conveniente di questo.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione della ghiandola tiroidea.

La ghiandola tiroidea è qualche volta presa da infiammazione quantunque di rado. Nessuna circostanza particolare agisce sopra questa ghiandola onde produrvi la infiammazione, ed essa ancora sembra meno soggetta a questa morbosa azione che qualunque altra ghiandola del corpo umano. Quando la ghiandola tiroidea è infiammata presenta la medesima apparenza che offre la sostanza di altre parti affette dalla medesima malattia: i suoi vasi sanguigni sono accresciuti di volume, e il numero de' piccoli vasi capaci di ammettere i globetti rossi è aumentato; d'onde avviene ch'essa sembri assai più vascolosa che nello stato naturale: il suo volume è ingrandito, e la sua consistenza è maggiore di quello sia nello stato di salute. Questi effetti sono prodotti dalla più grande quantità di sangue che circola; ed in parte dallo stravaso della linfa coagulabile del sangue, e forse dal sangue stesso nella sua sostanza.

SEZIONE II.

Broncocele.

Il cangiamento di tessitura a cui la ghiandola tiroidea va più soggetta, è conosciuto sotto il nome di *Broncocele*. Vanno sottoposti più individui della stessa famiglia, e le donne più degli uomini; e più comune in certi paesi, che in altri, e specialmente ne' paesi montani.

Questa tumefazione della ghiandola tiroidea ac-

quista qualche volta un volume eccessivo, e forma, crescendo irregolarmente, in alcuni casi, più tumori sulla parte anteriore del collo Quest' accrescimento irregolare è più comune in quella parte della Savoja, ove la malattia è endemica di quello sia nella Gran-Brettagna.

Tagliando la ghiandola affetta da tale malattia si trova nella sua parte interna un numero grande di cellule che contengono un fluido viscoso, e trasparente. Queste cellule variano per rapporto alla loro capacità nelle differenti parti della medesima ghiandola, nella guisa stessa che si osserva in una ghiandola ingrossata riguardo ad un' altra in differenti persone: alcune sono sufficientemente grandi per contenere un pisello, ma la maggior parte non sono così ampie. Il fluido viscoso si cangia in gelatina allorchè il tumore è stato conservato per qualche tempo nello spirito di vino. Dopo questa descrizione sembra probabile che un tale cangiamento nella tessitura derivi da una secrezione viziata, ed aumentata della ghiandola. La secrezione essendo in gran quantità, distende gradatamente le cellule; e questa distensione giunta ad un certo punto costituisce la malattia; questo però dev' essere riguardato come una congettura, e non essere adottato se non con molta precauzione.

SEZIONE III.

Scirrosità della ghiandola tiroidea.

La ghiandola tiroidea diventa qualche volta scirrosa; ma non è così soggetta come lo sono le altre ghiandole del corpo. Presa che sia da questa malattia, ella è dura, e di volume accresciuto; ma non però a un grado considerabile. Tagliandola si trova di una consistenza solida, di un color nericcio tirante al bianco, con pochissima di quella tessitura che distingue il broncocele.

Questa ghiandola va soggetta a ingrossarsi e ad indurarsi quando esistono esulcerazioni nel principio dell'esofago. Quest'effetto è qualche volta prodotto dall'estendersi le ulcere dell'esofago sulla ghiandola. La stessa mutazione è stata osservata in casi, in cui l'ulcera non aveva per niente attaccata la ghiandola; ciò che sembra autorizzare l'opinione ch'esista qualche comunicazione fra la ghiandola, e la parte superiore dell'esofago per mezzo di canali particolari. Questi canali sono stati supposti da molti anatomici, ma non fu giammai dimostrata la loro esistenza (*n*).

SEZIONE IV.

Ossificazione della ghiandola tiroidea.

Presso alcune persone attempate la ghiandola tiroidea è qualche volta convertita in una massa ossea, avendo i suoi piccioli vasi acquistato la facoltà di secernere tale materia. Quest'azione mor-

---

(*n*) Merita di essere qui riferito il seguente caso osservato dal Dott. Majocchi dotto Medico di S. Giorgio in Lumellina, la di cui storia fu data al ch. Dott de Felici, e da lui a me consegnata Una giovane donna d'anni 18 di temperamento sanguigno e gracile, che godeva una perfetta salute, s'avvide senza causa manifesta che le si gonfiava il collo nel sito della ghiandola tiroidea, e in non molto tempo divenne un tumore considerabile, che si sospettò essere un tumore scirroso della ghiandola tiroidea avente a sinistra la grossezza di un uovo: era duro, indolente, ineguale, immobile, aderente alla trachea, e alla laringe L'ammalata morì soffocata. Esaminata la parte si trovò scirrosa la ghiandola tiroidea; i vasi osservaronsi quattro volte più dilatati del naturale: nella stessa cavità della laringe al di sotto de' primi anelli della trachea e a sinistra eravi un tumore della grossezza di una fava mediocre, che grandemente diminuiva il diametro dell'aspera arteria Nel Museo Patologico di Pavia esiste una ghiandola tiroidea divisa in quattro pezzi ciascuno de' quali supera la mole ordinaria della ghiandola tiroidea (*Il Traduttore*).

bosa non succede però che ben di rado, e perciò un tal cangiamento deve considerarsi come un fenomeno poco comune. Quest'accidente potrà non essere di cattiva conseguenza; ma si può d'altronde concepire, che la massa ossea possa avere punte saglienti, le quali irritando la laringe, o la parte superiore della trachea possano produrre infiammazione, ed esulcerazione di quelle parti, od anche la morte stessa (*o*).

SEZIONE V.

Ossificazione delle cartilagini della laringe.

Le cartilagini della laringe si ossificano nel declinare dell'età, e poco avanti. Quando la disposizione a secernere la materia ossea non è assai forte, alcune porzioni soltanto della cartilagine tiroidea si ossificano; ma quando invece questa disposizione è predominante, tutte le cartilagini sono allora cangiate in osso. Quando ciò succede, queste cartilagini vanno soggette ai medesimi accidenti delle ossa naturali: così si sono vedute sfogliarsi, e le parti sfogliate rigettarsi fuori da una tosse violenta, o dal vomito. Il Dott Hunter ha veduto un esempio di ossificazione della cartilagine cricoide, della sua separazione per esfogliazione, e finalmente la sua espulsione colla tosse. Non bisogna però conchiudere da quanto si è detto, che queste cartilagini ossificate sieno più soggette delle altre ossa alla esfogliazione. Io credo che gli esempj di questa natura sieno assai rari.

(*o*) Nel Museo Patologico di Pavia si vedono due ghiandole tiroidee ossificate (*Il Traduttore*).

SEZIONE VI.

Ulcere nella cavità della laringe.

La membrana interna della laringe va molto soggetta all'infiammazione, e questa sua affezione è per l'ordinario accompagnata da quella dell'aspera artsria, come più sotto avremo occasione di ripeterlo In qualche caso nondimeno l'infiammazione è limitata nella cavità della laringe, e termina alcune fiate per suppurazione, di cui io vidi più esempj. La suppurazione risiede più comunemente ne' così detti *sacculi laryngis;* e le ulcere che ho veduto in questa parte erano accompagnate da un ingrossamento scrofoloso delle circonvicine parti (*p*).

SEZIONE VII.

Stati patologici delle parti contenute nel mediastino posteriore.

Per mediastino posteriore intendesi lo spazio compreso fra le lamine delle pleure che si estendono dalle radici dei polmoni sino ai lati del dorso Questo spazio è abbastanza considerabile, e contiene una porzione della trachea, dell'esofago, del canale toracico, e dell'aorta discendente; la vena azigos, ed alcune ghiandole assorbenti.

(*p*) Nel Museo Patologico di Pavia trovasi un pezzo, che rappresenta la laringe in più punti esulcerata in seguito d'infiammazione Il ch. Dott. de Felici dissemi di avere anch'egli osservato nel cadavere di una donna una specie di sacchetto del volume di un faginolo fra' legamenti della glottide, il quale spaccato si trovò pieno di pus. La malattia presentò i sintomi di un'asma, ma accurate indagini gli fecero conoscere ch'era preceduta un'angina. Nel Museo suddetto trovasi pure l'esempio di un polipo nato nella laringe (*Il Traduttore*).

SEZIONE VIII.

Stati Patologici della trachea.

Non è raro il vedere la membrana interna della trachea più, o meno infiammata. In questo stato è riempiuta di un numero infinito di piccioli vasi sanguigni che portano sangue rosso, e le danno un' apparenza del tutto vascolosa. Quando non esiste segno d'infiammazione, questa membrana ha l'apparenza bianca e polposa, e di rado si scorgono ramificarsi vasi rossi. Allorchè la membrana interna è infiammata, la secrezione delle sue ghiandole è assai aumentata, e si trova molta mucosità nel suo interno; vi si trova ancora qualche volta pus, e questi due fluidi sono mescolati insieme coll'aria.

Quest' è probabilmente lo stato della trachea in un catarro violento, come pure in certi casi di ascessi scrofolosi dei polmoni accompagnati da raucedine, e da un senso di dolore lungo la trachea. Le stesse apparenze si osservano ancora nella membrana interna della laringe.

SEZIONE IX.

Apparenza della trachea nella tracheitide.

Quando la membrana interna della trachea è infiammata viene tappezzata qualche volta da uno strato di materia gialla, e polposa, che non le aderisce intimamente. Questo strato si estende dalla parte superiore della cavità della laringe sino alle ramificazioni che la trachea manda nei polmoni. Vi ha nello stesso tempo molto muco mescolato con pus nella trachea, e nelle sue ramificazioni. Tal' è l'apparenza della trachea nelle persone morte da questa malattia.

SEZIONE X.

Del Polipo.

La trachea, e le sue ramificazioni sono alcune volte coperte da una materia gialliccia in forma di tubo applicata alla loro interna superficie. Non mi occorse di vedere un esempio simile ne' cadaveri che ho esaminati; ma ne ho veduti molti rappresentati in preparazioni. La membrana interna sembra essere nello stato suo naturale, e lo strato di materia gialliccia rassomiglia alla parte coagulabile del sangue stravasato in altre parti del corpo, ed io credo che sia della medesima natura. Siccome questa malattia chiamata *polipo* dura lungo tempo, e senza infiammazione, pare probabile, che i vasi della membrana interna della trachea abbino la facoltà di separare dal sangue la sua parte coagulabile, e che questa malattia derivi da un' azione particolare di que' vasi. La trachea è qualche volta riempiuta da una sostanza solida della natura medesima di quella descritta. Io non ho veduto se non un solo esempio di tal cangiamento, e credo che tali casi sieno assai più rari de' precedenti.

Le sostanze conformate in tubi che la tosse fa rigettare dalla trachea, e che costituiscono la forma più ordinaria del polipo, furono riguardate altre volte dagli anatomici più distinti come tanti vasi sanguigni. E assai singolare che abbino fatta così poca attenzione all' apparenza di queste sostanze, ond' essere ingannati, al segno di prenderli per tanti vasi sanguigni; e fa più maraviglia ancora, che non abbino riflettuto che vasi sanguigni sì considerabili non potevano essere rigettati, senza che nello stesso tempo succedesse una grave emorragia.

Una opinione più moderna sopra la natura di tali sostanze si è, che consistano in un mu-

co diseccato. Questa opinione non è meglio fondata delle altre, quantunque sembri più verisimile. Il muco separato dalla membrana interna della trachea rassomiglia perfettamente a quello separato dalla membrana interna delle narici. Tutto il mondo conosce l'apparenza del muco nasale diseccato: quello della trachea avrebbe la medesima apparenza nella stessa circostanza. Le sostanze in forma di tubi rigettate colla tosse hanno un'apparenza tutto affatto diversa, e (come di già è stato rimarcato) in nulla differiscono dalla fibrina del sangue. L'influenza dell'aria non si estende così lungi dalla superficie del corpo, onde seccare il muco nell'interno; giacchè si mantiene fluido nella parte posteriore delle fosse nasali.

SEZIONE XI.

Scirrosità della trachea;

Osservai la trachea diminuita di calibro per la lunghezza di due, o tre pollici: le sue pareti erano nello stesso tempo ingrossate, e la sua membrana interna elevata in un gran numero di piccioli tubercoli duri. Questo stato della trachea era accompagnato da un'affezione scirrosa di alcune ghiandole assorbenti che gli aderivano intimamente, e mi sembrò che la malattia delle ghiandole si fosse comunicata alla trachea.

SEZIONE XII.

Ossificazione degli anelli della trachea.

Gli anelli cartilaginosi della trachea qualche volta si ossificano. La respirazione non resta affetta da un lieve grado di ossificazione; ma quando gli anelli sono intieramente ossificati, la trachea perde

la sua flessibilità, e la sua cavità non è più suscettibile di restrignersi dalle fibre muscolose ch' entrano nella sua struttura, come lo è nello stato naturale. La conseguenza di questa ossificazione è necessariamente, che il muco, il quale si accumula, non possa essere rigettato così facilmente dallo sforzo della tosse, e che la colonna di aria mandata fuori dalla espirazione sia più grande, e scacciata con meno forza.

SEZIONE XIII.

Ulcera della Trachea.

Non vi è chi possa dubitare che la trachea non si esulceri idiopaticamente; nondimeno in tutti gli esempj da me veduti, l'esulcerazione di questa parte era legata con quella dell' esofago. L' esofago essendo più soggetto a questa malattia è probabile, che in questi casi l'esulcerazione cominciata nell' esofago si fosse estesa nella trachea.

SEZIONE XIV.

Stati patologici dell' esofago.

L' esofago è spesso tappezzato da uno strato di parte fibrosa del sangue che si estende dalla cavità della bocca lungo tutto il canale intestinale; ma io credo, che ciò sia molto raro, e che termini ordinariamente all' estremità inferiore dell' esofago. La membrana interna della bocca è assai più vascolosa di quello sia nello stato naturale, e di un color rosso carico; ma nelle ricerche fatte dopo la morte, tale rossa apparenza non è percettibile nell' esofago. Questa malattia è conosciuta sotto il nome di *afte*, e più spesso si osserva nel corpo vivo, che nel cadavere.

SEZIONE XV.

Costrizione spasmodica dell' esofago.

L' esofago va soggetto a costrizioni prodotte dalla contrazione di una parte qualunque delle sue fibre muscolose Questa malattia è più comune nelle femmine di cui la costituzione è più delicata, e più soggetta all' influenza nervosa Nel corpo di una persona morta in seguito di questa malattia trovasi l' esofago più o meno ristretto in una qualunque parte, e più duro che nello stato naturale, come avviene sempre ne' muscoli nello stato di contrazione. Nessuna disorganizzazione delle parti accompagna per l' ordinario questa malattia. Si può concepire però, che questa contrazione possa cagionare una malattia permanente, e nello stesso tempo funesta. Le fibre muscolose potrebbero comprimere la membrana interna al punto di eccitare infiammazione, la quale potrebbe determinare la suppurazione, e probabilmente la morte.

SEZIONE XVI.

Ristringimento della membrana interna dell' esofago;

Un ristringimento assai straordinario dell' esofago, di cui vidi un solo esempio, consisteva in una increspatura della membrana interna, che rendeva l' esofago sì stretto, che appena poteva passare un picciolo pisello: non vi era per altro alcuna alterazione nella tessitura della membrana così ristretta, e le fibre muscolose circonvicine erano perfettamente sane. I progressi di questa malattia furono lenti. La persona che fu il soggetto dell' osservazione aveva una difficoltà d' inghiottire per molti anni, e non poteva mandare all' ingiù che sostanze di assai picciolo volume.

SEZIONE XVII.

Costrizione accompagnata da ulcera.

La mutazione patologica la più frequente dell' esofago, si è quella cagionata da un' ulcera nella sua cavità. Le ulcere dell' esofago nulla hanno qualche volta di straordinario; ma più comunemente sono accompagnate da un' affezione scirrosa. Quando sono la conseguenza di una infiammazione ordinaria, le parti circonvicine non sono assai ingrossate, e la sola apparente mutazione si è quella della corrosione ordinaria. Quando l' ulcera è di natura scirrosa, l' esofago è ingrossato e duro tutto all' intorno. La tessitura delle parti così alterate sembra consistere in una sostanza carnosa, dura, omogenea, o interrotta da tramezzi membranosi, o finalmente cartilaginosa. In tutti i casi l' esofago è più o meno ristretto, e qualche volta totalmente chiuso. È degno di riflessione, che queste ulcere nascono quasi sempre immediatamente al di sotto della faringe, o vicino all' orificio dello stomaco detto cardias.

Ogni sostanza capace d' irritare l' esofago con prolungamenti acuti, determinerebbe probabilmente quest' alterazione nell' entrata del canale Se dunque un simile accidente accadesse ad un esofago predisposto allo scirro, agirebbe come causa occasionale, e la malattia avrebbe per lo più luogo alla sua parte superiore Vi è nell' orificio cardias un apparato particolare di fibre muscolose, che può fare in qualche caso l' ufficio di sfintere; disposizione ch' è probabilmente qualche fiata la causa del ristringimento di questa parte. Questo ristringimento renderebbe l' orificio del cardias più soggetto ad essere leso dal passaggio delle materie dure, e potrebbe finalmente essere seguito da un' ulcera scirrosa. E in questo modo che il fu Dott. Hunter

spiegava la frequenza delle ulcere nella parte superiore, ed inferiore dell'esofago; spiegazione che sembra molto verisimile. Avviene non pertanto assai spesso, che le ulcere dell'esofago vengano spontaneamente, o per meglio dire da cause interne, invisibili, e sconosciute. Quando nasce un'ulcera nella parte superiore dell'esofago, si estende ordinariamente nella sostanza della ghiandola tiroidea. In questi casi la ghiandola diventa dura, ulcerata, e aumenta di volume; ma in alcuni casi essa accresce di volume senza che l'ulcera dell'esofago si sia estesa sino ad essa.

SEZIONE XVIII.

Esofago divenuto cartilagineo.

È stata osservata una parte dell'esofago convertita in cartilagine (1), e il diametro di questa parte assai diminuito, ciò non sarà stato probabilmente che uno stato assai avanzato della degenerazione fibrosa menzionata di sopra (*q*).

SEZIONE XIX.

Fungo nella Faringe.

Io ho veduto un esempio di fungo che si alzava dalla faccia interna della faringe, e dall'estremità

---

(1) Bonnet, vol 2. pag. 32.

(*q*) Non mancano esempj anche dell'ossificazione dell'esofago. Morgagni (Epist 28 Art 15.) riferisce il caso di un esofago internamente cartilaginoso, ed in vicinanza dello stomaco anche ossificato per la larghezza di un pollice: il soggetto non provava impedimento nell'inghiottire ma vomitava due ore dopo preso l'alimento. Metzger (Advers. med. v. 1. pag. 175) osservò l'esofago in parte ossificato e ristretto in un postiglione gran bevitore d'acquavite, che morì di fame (*Il Traduttore*).

superiore dell'esofago; esempio questo per verità assai raro La incisione fece vedere una tessitura fibrosa, di cui le fibre erano ad angolo retto colla membrana interna, d'onde il fungo aveva avuto origine: la sua superficie era esulcerata.

SEZIONE XX.

Tumore scrofoloso nella faringe.

Mi è accaduto di vedere un tumore scrofoloso all'estremità inferiore della faringe, ed al principio dell'esofago. Mercè l'incisione si scuoprì una sostanza analoga a quella di una ghiandola assorbente divenuta scrofolosa. Questo tumore nasceva dal lato della faringe ch'è contiguo alla laringe, e vi esercitava una compressione, che impediva all'ammalato non solamente d'inghiottire, ma ancora di parlare, se si eccettui una voce assai bassa.

SEZIONE XXI.

Sacco formato all' estremità inferiore della faringe.

L'estremità inferiore della faringe è stata osservata in forma di sacco, in grazia di una dilatazione considerabile che la fece discendere dietro l'esofago. Un esempio simile si trova nella collezione del Dott. Hunter: è però assai raro un tal accidente. Nel caso di cui si tratta la borsa, o sacco era stata formata dal soggiorno di un nocciuolo di ciriegia, che si era collocato, e che non fu rigettato, che al termine di tre giorni da una tosse violenta. Una porzione del bolo alimentare si arrestava sempre nella cavità formata dal nocciuolo. Al termine finalmente di cinque anni la borsa fu così dilatata da poter contenere molte oncie di fluido: essa aveva una lunghezza considerabile dietro l'esofago, e una co-

municazione valvulosa si era stabilita tra essi. A misura che la borsa aumentava di capacità, questa comunicazione valvulosa diveniva più completa, di modo che l'alimento, qualunque fosse lo spazio, restava tutto nella borsa, non potendo più passare nell' esofago: l' ammalato necessariamente morì. L'estremità inferiore della faringe è forse la sola parte del canale alimentare, in cui possa succedere un simile accidente. La faringe non diminuisce poco a poco di diametro, onde unirsi insensibilmente all'esofago. Al contrario la sua estremità inferiore si ristrigne subitamente al principio dell' esofago, in maniera da poter lasciare un picciolo spazio, ove possa soggiornare un corpo straniero. Questo spazio è necessariamente nella parte posteriore; e se giunge a formarsi in cavità, passerà dietro l'esofago. Le circostanze di questo caso singolare sono state pubblicate nelle osservazioni mediche (1) (r).

---

(1) Osservazioni mediche vol. 3 pag. 55.

(r) Marx riferisce (Anat Patol. di Conradi T. III. pag. 241 trad. del Dott Pozzi) di aver ritrovato un sacco nella faringe, lungo cinque pollici, e largo tre, che discendeva fra l' esofago, e le vertebre del collo Il soggetto era un uomo di settantatre anni, il quale da vent' anni soffriva un impedimento nell' inghiottire, che continuamente cresceva. Non solo la faringe va soggetta a questa dilatazione contro natura, ma eziandio l' esofago, Grashius (Eph nat cur. dec 1 a 6) lo ritrovò dilatato in forma di sacco nella parte media. Blasio (Lieu aud Hist Anat med. II. 312) vide in un gran divoratore, che l' esofago nel petto era così dilatato da rappresentare uno stomaco. Questa cavità era composta di croste, piaghe, e spalmata di un muco bianco-giallo. Da questo pseudo-stomaco partiva un canale molto stretto, lungo due dita traverse, e che recavasi nel vero stomaco. Borsieri (Vol. IV. pag 211 Edit Mediol.) riferisce alcuni casi di simil natura (*Il Traduttore*).

SEZIONE XXII.

Dell' aorta discendente.

L'aorta discendente contenuta nel mediastino posteriore non è quasi soggetta ad alcun altra malattia, che all'aneurisma. Questo consiste nell'ingrossamento dell'aorta assai al di là del suo naturale volume: le sue tonache sono irregolarmente ingrossate, e facilmente separabili l'una dall'altra. Picciole, e sottili lamine di una materia ossea si trovano frequentemente dietro la membrana interna. Questo stato patologico fu di già più particolarmente spiegato: Questa parte dell'aorta non diviene aneurismatica che assai di rado, e nel caso in cui l'affezione sia generale in tutto il sistema.

SEZIONE XXIII.

Varicosità della vena azygos.

La vena *azygos* è di raro affetta da malattia: io nondimeno l'ho veduta varicosa, e assai accresciuta di volume. Questa mutazione derivava da alcune circostanze particolari. Una porzione considerabile della vena cava inferiore era stata cancellata; per conseguenza la vena *azygos* ordinaria, e un'altra ch'estraordinariamente esisteva furono i soli mezzi per i quali il sangue poteva giugnere al cuore: erano dunque necessariamente aumentate di volume dalla gran quantità, e forte impulsione del sangue, e perciò divenute varicose. Io ho descritto questo caso particolarmente nelle Transazioni Medico Chirurgiche (1).

SE-

(1) Ved. pag. 125. ec.

SEZIONE XXIV.

Rottura della vena azygos.

Una osservazione attesta la rottura della vena *azygos* molto distesa da una copia grande di sangue (1). Non mi toccò di vedere un simile caso, ed io lo credo molto raro.

SEZIONE XXV.

Varicosità del canale toracico.

Il canale toracico va soggetto a pochissime malattie. Non vidi altra affezione di questo, se non un aumento considerabile della sua capacità, ed un' affezione varicosa: in questo stesso caso aveva presso a poco la grossezza della vena succlavia. Le circonvicine parti nulla presentavano che potesse essere la causa di tal mutazione. Non vi era alcuna ostruzione nell'ingresso del canale toracico nel sistema venoso, come si doveva aspettare Questo stato patologico fu descritto da Cruikshank nel suo trattato sul sistema assorbente (2).

SEZIONE XXVI.

Ostruzione del canale toracico.

È stato osservato il canale toracico ostrutto da una materia terrea deposta nella sua cavità (3).

(1) Morgagni, Epist 26., Art 29.
(2) Seconda edizione pag. 207. rappresentato con una figura, tavola V.
(3) Lieutaud, vol. 3. pag. 93.

L'ostruzione del canale toracico in una certa parte non porta come necessaria conseguenza, che il chilo non possa giungere nel sistema sanguigno. Questo canale dà qualche volta origine ad alcuni rami considerabili, che si riuniscono ancora al tronco. Nel caso che l'ostruzione avesse la sua sede tra l'origine, ed il fine di questi rami, non ne avverrebbe inconveniente di sorta: uno, o più di essi rami si dilaterebbero, e lascierebbero passare tutto il chilo.

SEZIONE XXVII.

Rottura del canale toracico.

Fu osservato il canale toracico lacerato; ma questo accidente è assai raro (s).

SEZIONE XXVIII.

Ghiandole assorbenti divenute scrofolose.

Le ghiandole assorbenti del mediastino posteriore, come di qualunque altra parte del corpo, sono soggette a molte malattie di cui la più frequente è la scrofola. Nello stato scrofoloso sono assai cresciute di volume, e più molli che nello stato naturale; nondimeno esse offrono spesso nel loro interno una tessitura naturale, ma più frequentemente contengono una sostanza bianca caciosa mescolata con denso pus; e quest'è il carattere più distintivo dell'affezione scrofolosa. Quando queste ghiandole sono così ingrandite cagionano necessariamente una

(s) Bassio (Conradi Op. c. p. 91) ritrovò in un giovane il condotto toracico rotto ne' contorni della quarta vertebra dorsale, dal cui foro scaturiva l'umore chiloso, che produsse l'idropisia chilosa del petto (*Il Traduttore*).

difficoltà di respiro; tanto comprimendo i polmoni, quanto la trachea.

SEZIONE XXIX.

Ghiandole assorbenti divenute scirrose.

Ho veduto le ghiandole assorbenti a divenire scirrose attorno alla trachea; apparenza patologica a dir vero assai rara: il loro volume era accresciuto, e sembravano dure al tatto. Nel loro interno mostravano una tessitura dura, oscura, interrotta da membrane; carattere questo comune allo scirro in tutte le parti del corpo. La trachea essendo a contatto con queste ghiandole era molto affetta: la ghiandola tiroidea era scirrosa, ed è probabile che tale affezione si estendesse da questa ghiandola alle ghiandole assorbenti, e alla trachea.

SEZIONE XXX.

Ghiandole assorbenti ossee.

Le ghiandole assorbenti vicino la trachea sono qualche volta convertite in una materia ossea, o terrea, mercè una facoltà particolare di cui in quel caso sono dotati i loro vasi di secernere simile materia; ed io credo essere questa malattia più frequente alle ghiandole assorbenti situate alla radice della trachea, che in qualunque altra parte del corpo. Queste ghiandole così affette comprimono la trachea e l'esofago, e vi cagionano ulcere.

SEZIONE XXXI.

Del mediastino anteriore .

Per mediastino anteriore s' intende lo spazio contenuto fra le lamine delle pleure, che si estendono dallo sterno sino al pericardio Questo spazio non contiene se non un tessuto celluloso, grasso, e nel soggetto giovane il *timo*. Di rado incontrasi qualche alterazione morbosa: si possono non pertanto trovare ascessi, ed anche acqua nel suo tessuto celluloso Io ho veduto eziandio aria in queste cellule Si accumula qualche volta il grasso in considerabile quantità, e può pel suo volume sconcertare le funzioni del cuore, e dei polmoni.

SEZIONE XXXII.

Alterazione patologica del timo.

Il *timo* non avendo che una breve esistenza, non può essere soggetto che a poche malattie, per conseguenza poche mutazioni patologiche sono state osservate. Questo corpo non pare che sia molto soggetto all' infiammazione, perciò ben di rado osservansi ascessi, i quali per niente hanno trattenuto l' attenzione degli Autori. È più suscettibile di accrescere di volume, ed acquistare una tessitura più dura. Ho veduto un solo esempio di simile cangiamento, ma non ebbi l' occasione di esaminarlo con diligenza

Sono stati osservati eziandio calcoli in questa ghiandola.

SINTOMI.

La infiammazione della ghiandola tiroidea può conoscersi dall' accresciuto suo volume, e dalla consistenza che acquista in simile circostanza; dal dolore che si fa sentire, e che aumenta sotto la pressione, e probabilmente anche dalla deglutizione. La infiammazione può essere distinta dalle altre tumefazioni di questa ghiandola, p. e dal broncocele, dai suoi più rapidi progressi, dal dolore, e dal minor suo volume.

I Pratici devono avere la più grande cura di evitare la suppurazione della ghiandola tiroidea in seguito d'infiammazione. Se la suppurazione nasce all' esterno, ne risulta una cicatrice al collo; se al contrario si fa nell' interno, il pus si espanderà nella cavità della laringe, o della trachea, ed il malato sarà soffocato. Nella collezione del Dott. Hunter trovasi un esempio di questo funesto avvenimento della infiammazione della ghiandola tiroidea. Bisogna tentare tutti i mezzi possibili onde avvenga la risoluzione della infiammazione. Quando l'infiammazione di una parte qualunque termina per risoluzione, i vasi sanguigni riprendono a poco a poco l'azione, e la grossezza che loro sono naturali. Gli assorbenti profondi sono nello stesso tempo eccitati, e la loro più forte azione fa che riprendano il sangue, e la sua parte coagulabile, ch' erano stravasati a motivo dell' infiammazione; e quest' è uno de' principali usi di tali vasi, che distribuiti sono per tutte le nostre parti (1).

(1) Il rimettersi di alcune nostre parti profondamente situate da un volume eccessivo, conseguenza di morbosa alterazione, al loro naturale volume, fornisce una prova del consenso, o simpatia ch' esiste tra i vasi assorbenti superficiali, e profondi. Allorchè per esempio, un testicolo tumefatto si restituisce nello stato suo naturale per mezzo delle frizioni di unguento mercuriale sulla superficie dello scroto che lo cuopre, non si può supporre che alcuna parte

Il broncocele può essere distinto dagli altri tumori della ghiandola tiroidea dal suo progresso più lento, dal volume a cui può giugnere, dalla mancanza di ogni dolore, dalla sua comparsa più frequente nella gioventù, dalla sua consistenza più o meno accresciuta, sensibile al tatto, e senza durezza, e dal non essere la sanità affetta.

Lo scirro della ghiandola tiroidea può essere distinto dalla sua più grande durezza dai dolori acuti, e dal comparire più spesso nella vecchiaja. Il tumore che deriva dallo scirro non è ordinariamente così voluminoso come nel broncocele.

Non si può assicurare dall'ossificazione della ghiandola tiroidea, che mercè un esame attento della parte. Se l'ossificazione è nata sulla superficie della ghiandola, la materia ossea sarà facilmente sentita sotto la pelle; ma s'è nata profondamente il caso è più oscuro, e può rimanere qualche incertezza sulla natura della malattia. Un ulteriore progresso però toglierà ogni dubbio.

Quando le cartilagini della laringe sono trasformate in osso, si osserva che la voce diventa rauca, o è quasi annientata. Un simil effetto facilmente si spiega, considerando che in questa circostanza la flessibilità delle cartilagini della laringe si perde, cosa che incapace li rende di que'

---

dell'unguento possa venire a contatto co' vasi assorbenti del testicolo tumefatto; tali vasi sono però eccitati a un'azione più energica, per cui il tumore si diminuisce. Quest'effetto non può spiegarsi, se non ammettendo l'ipotesi del *consenso* o *simpatia* fra gli assorbenti dello scroto, e que' del testicolo, per cui uno stimolo applicato ai primi agisce ancora sugli ultimi.

delicati movimenti, che sono probabilmente necessarj alla funzione della voce Nel caso da me esaminato, i legamenti che uniscono le cartilagini fra loro non erano affatto cangiati di tessitura: se fossero stati convertiti in osso, la laringe allora avrebbe totalmente perduta la facoltà di muoversi, La sua influenza sulla voce, di cui è il principale stromento, sarebbe nulla; ma quale sarebbe in generale l'effetto di una tale mutazione sulla voce, è difficile il determinarlo con esattezza. In alcuni casi di ossificazione delle cartilagini della laringe, nacque una impossibilità perfetta d'inghiottire, che fece perire l'ammalato. Il più scrupoloso esame dopo la morte non presentò alcuna malattia nè nella faringe, nè nell'esofago. E difficile lo spiegare come ciò sia avvenuto, ma il fatto è confermato dall'osservazione del Dott. Robertson Medico dell'Ospizio di Greenwich.

Nel caso di ulcere nella cavità della laringe, si fa sentire un fisso dolore in questa regione. Vi si congiugne nello stesso tempo la difficoltà di respiro, e il malato non può parlare, che con una voce assai bassa; a tutto questo si associa la febbre sintomatica.

I sintomi del catarro sono troppo generalmente conosciuti, e non vi è in conseguenza d'uopo il qui ripeterli. Quando vi è un senso di dolore che discenda dal mezzo del petto, indica la infiammazione considerabile della membrana interna della trachea. Questa infiammazione passa rapidamente, ma la secrezione accresciuta delle ghiandole resta spesso per molto tempo.

L'infiammazione della membrana interna della trachea che si riscontra qualche volta ne' tisici, continua io credo più lungo tempo che nel catarro, e può essere considerata come cronica.

I sintomi della tracheitide sono l'affezione generale del sistema chiamata febbre, respirazione difficile, uno strepito di sibilo nella ispirazione, una voce rauca, tosse accompagnata da un suono acuto. Porzioni di una membrana bianchiccia, e di pus sono rigettate di tempo in tempo colla tosse, e unitamente con i precedenti sintomi. Si può supporre senza cadere nell'inverisimile, che questa membrana bianchiccia sia formata da qualche particolare azione dei vasi sanguigni della laringe, e della trachea, e che non dipenda dalla infiammazione, Nell'ordinaria infiammazione della superficie interna della laringe, e della trachea vi ha soltanto un'accresciuta secrezione di muco, e qualche volta pus, ma nella tracheitide si forma sempre una membrana Questa circostanza rende probabile la supposizione che abbiamo fatta, e questa ipotesi potrebbe spiegare perchè la tracheitide guarisce sì di rado co' mezzi efficaci che si adoperano per la guarigione dell'ordinaria infiammazione.

I sintomi del polipo della trachea sono difficoltà di respiro, tosse secca, polso frequente, ma nessun segno d'infiammazione. Questi sintomi non basterebbero per distinguere la malattia da molte altre, se porzioni di polipo non si rigettassero spesso colla tosse. Questa malattia dura ordinariamente molto tempo.

I sintomi della costrizione spasmodica dell'esofago caratterizza sufficientemente questa malattia. La difficoltà d'inghiotture non è continua, ma intermittente: questa difficoltà viene e passa con prestezza: spesso l'ammalato non soffre dimagrazione di sorta, e generalmente la salute sembra in buono stato.

La costrizione dell' esofago che nasce dalla increspatura della sua membrana interna è lenta nei suoi progressi: può durare molti anni, e la salute non pertanto sembrare perfetta, se si eccettui la difficoltà d' inghiottire. Questa difficoltà è permanente: nel che questo caso differisce da quello della costrizione spasmodica delle fibre muscolari dell' esofago.

I sintomi dell' costrizione dell' esofago risultanti da una ulcera, e da ingrossamento scirroso la distinguono abbastanza dalle due precedenti malattie. La deglutizione poco impedita nel principio, peggiora gradatamente senza ritornare giammai per intervalli nel suo stato naturale. Quando la malattia ha fatto progressi l' alimento è sovente rigettato, e qualche volta ancora pus nello stesso tempo. Il polso è più frequente di quello sia nello stato naturale, e verso la fine della malattia il corpo dimagrisce moltissimo. L'irritazione delle parti circonvicine produce una secrezione abbondantissima che cagiona sputo, e tosse. Quantunque verso la fine di questa malattia il passaggio degli alimenti nello stomaco sia affatto impedito, il malato nulla ostante non si lagna molto di febbre. Le persone attaccate da tale malattia muojono in parte per il difetto di nutrimento, ed in parte per l'irritazione stessa della malattia.

Quando esiste un fungo, o tumore scrofoloso nell' esofago, i sintomi sono io credo presso a poco i medesimi della costrizione scirrosa che abbiamo descritto.

CAPITOLO VI.

APPARENZE PRODOTTE NELLA CAVITÀ DELL' ADDOME DA CAUSE MORBOSE.

SEZIONE PRIMA

L' idropisia ascite è una malattia molto frequente, e non propria ad alcun periodo della vita, nè a sesso, ma più comune nell'età media, e nell'età avanzata, e più frequente negli uomini, che nelle donne. Ho veduto molti esempj in fanciulli dell'età di dieci anni. Allorchè trovasi raccolta una gran quantità di acqua nella cavità dell' addome, le vene superficiali del ventre sono molto distese; effetto questo prodotto probabilmente dalla pressione ch' esercita l'acqua sopra le vene profonde; ma quest'apparenza non è costante, anche ne' casi in cui la malattia è giunta al più alto grado. La pelle dell'ombelico cedendo facilmente alla pressione, è per lo più, ma non sempre spinta all' infuori. Spesso questa protuberanza della pelle non è sensibile, quantunque l'acqua sia raccolta in grande copia. Nell'apertura dell'addome si trova una quantità più, o meno copiosa di fluido acquoso di un colore oscuro; ma questo colore varia spesso secondo le circostanze. Se uno scirro del fegato esiste insieme coll' idropisia, l'acqua è per lo più gialliccia, o verdognola. Il colore deriva da un miscuglio di bile coll'acqua. In questo caso la pelle è quasi sempre affetta da itterizia. Ho veduto l'acqua dell'ascite avente il colore di caffè, o di cioccolata; ma simile apparenza è rara, e nell'

esempio da me osservato era di una densità che non ha ordinariamente. Le sue proprietà erano però le medesime come ne' casi ordinarj, per quanto si è potuto determinarle mercè l'azione del calore, e degli acidi. Quando alcun viscere dell' addome non è disordinato nè malato, l'acqua dell' ascite rassomiglia tanto pel colore, quanto per le proprietà al siero del sangue. Quando vi è acqua in quantità più del naturale nella cavità dell'addome, il canale intestinale si trova spesso contratto; ma ciò non è tanto comune. Il fegato è alterato, duro, e tubercoloso in molti casi di ascite, come sarà spiegato in seguito parlando delle malattie del fegato. In qualche caso la milza è stata ancora trovata dura, ed accresciuta di volume.

L'idropisia ascite non è necessariamente accompagnata da raccolta di acqua in alcun'altra parte del corpo, nondimeno per lo più è congiunta l'idrope di petto, e l'infiltramento delle gambe.

SEZIONE II.

Infiammazione del Peritoneo.

La infiammazione del peritoneo non è una malattia rara: nulla ostante questo va meno soggetto alla infiammazione, che le pleure. Una causa della infiammazione del peritoneo ch' è particolare alle femmine, si è un certo stato dell' utero in conseguenza di parto. Vi è però una grande varietà di cause che la producono, e che sono comuni ai due sessi, di modo che questa malattia è frequente tanto negli uomini, quanto nelle donne che giammai hanno partorito. Quando la infiammazione è nata nel peritoneo, sonovi molti fenomeni che meritano di essere osservati nell' apertura del cadavere. Il peritoneo è più grosso, più polposo, e meno trasparente che nello stato naturale; il suo tessuto

è riempiuto da un numero infinito di piccioli vasi sanguigni che trasportano sangue rosso. Separata la tonaca del peritoneo dai muscoli addominali di rado si vedono questi affetti dalla infiammazione, ma la porzione di questa tonaca infiammata che ricuopre il canale intestinale comunica la malattia alle fibre muscolari del medesimo, e qualche volta anche alla sua tonaca villosa. La ragione è probabilmente che il peritoneo ha meno stretti legami co' muscoli addominali, che col canale intestinale; per cui la infiammazione si comunica più facilmente in quest' ultima parte, che nella prima.

La infiammazione del peritoneo è qualche volta lieve e parziale; altre volte intensa e generale. Quando è lieve, ed affetta quella parte del peritoneo ch' è in contatto con il canale intestinale marca larghe striscie che seguono il corso degli intestini, e sono limitate dal contatto delle differenti parti degl' intestini fra loro In questo caso le tonache degl' intestini per nulla sono ingrossate essendo leggera la infiammazione, e confinata nel peritoneo. Allorquando la infiammazione è considerabile, gl' intestini s' ingrossano, e divengono più densi. Questa mutazione deriva evidentemente dalla più grande affluenza di sangue ne' piccoli vasi sanguigni, e dallo stravasc de' fluidi nella sostanza degl intestini, in seguito della forte azione infiammatoria dei loro vasi. Il mesenterio, ed il mesocolon sono ancora assai ingrossati, e l' epiploon prova un rimarcabile cangiamento.

Quest' ultima parte è ordinariamente ingrossata come la mano, ed acquista la forma di una massa circonscritta sulla grande curvatura dello stomaco. La causa principale del cangiamento di queste parti è lo stravaso della linfa coagulabile del sangue nel tessuto cellnloso ch' esiste fra le lamine del peritoneo, da cui esse parti sono formate.

In molti luoghi una materia polposa, e giallicia unisce insieme diverse parti delle viscere Questa materia è disposta in istratti certe volte sottili, al-

tre fiate poi di una grossezza considerabile, e pare composta dalla linfa coagulabile del sangue. Vi ha ancora una quantità rimarchevole di un fluido nericcio nella cavità dell'addome, che rassomiglia al siero del sangue, ed è mescolato con filamenti della linfa coagulabile del sangue, e qualche volta con pus che gli dà una torbida apparenza. La quantità della parte coagulabile del sangue, e del fluido sieroso non è sempre in proporzione del grado d'infiammazione. In qualche caso in luogo di siero si trova una quantità considerabile di pus. Si trova ancora frequentemente aria nello stomaco, e nel canale intestinale che si è formata nel progresso della malattia. Alcune volte quest'aria manca: spesso si trova accompagnata da una lieve infiammazione della superficie degl'intestini (s).

(s) Sorprendenti sono le alterazioni che qualche volta si osservano nell'addome in seguito di peritonitide. Il Museo Patologico di Pavia racchiude quattro interessanti pezzi. Il primo consiste in porzioni d'intestini, mesenterio, omento e peritoneo ingrossati per due pollici trasversi con molte ghiandole del mesenterio parimente ingrossate, ed indurate. Questo pezzo fu preso dall'addome di un individuo, in cui tutto il peritoneo colle diverse sue produzioni aveva la medesima grossezza. Il soggetto venne sono già circa vent'anni in una sala dell'Ospitale di Pavia: egli accusava dolori fortissimi per tutta l'estensione dell'addome. La malattia fu giudicata una peritonitide. Il sullodato Sig. Dott. de Felici, che fece la sezione conservò la storia con altre quattro quasi simili a questa. Il secondo pezzo consiste in una preparazione in cera, che rappresenta le seguenti alterazioni osservate in un soggetto morto probabilmente da peritonitide, e che io ritrassi dalla storia che accompagna la preparazione medesima. Il grande omento si trovò tutto scirroso, e della grossezza di un pollice e mezzo: il picciolo omento era della stessa natura, e cuopriva colla sua grossezza di un pollice circa tutta la piccola curvatura dello stomaco: il colon trasverso era abbracciato dal grande omento fatto scirroso, ed avente alcune scirrosità sulla sua superficie: lo stomaco era abbracciato dal grande, e picciolo omento così alterato, ed aveva molti bottoni scirrosi che occupavano principalmente la superficie della faccia posteriore: le ghiandole del meser-

SEZIONE III.

Aderenza nella cavità dell' addome.

Quando l' ammalato abbia sopravvissuto a una infiammazione generale, o parziale del peritoneo, e che sia stata abbastanza considerabile perchè succeda uno stravaso della parte coagulabile del sangue, questa parte si cangia in una membrana fina, e trasparente, che costituisce tante aderenze. Il tempo necessario per la trasformazione della parte coagulabile del sangue in membrana non è lungo. Io ebbi diverse occasioni di seguire il graduale progresso di questa mutazione in alcuni casi in cui

---

terio erano scirrose, e si da questo, come dalla superficie degli intestini si vedevano sporgere bottoni scirrosi: le ghiandole che circondano il colon discendente nella parte inferiore erano inzuppate, e di un bel color giallo: nella parte anteriore del retto intestino dietro la vescica si trovò un tumore scirroso avente una cavità, il di cui diametro era di circa tre linee, e da per tutto si vedevano bottoni scirrosi: nella faccia concava del diaframma il peritoneo conservava la stessa grossezza, e scirrosità. Tutte le scirrosità erano coperte da una finissima membrana, che sembrò essere la parte esteriore del peritoneo non alterata Le scirrosità sembravano composte da innumerevoli cellette di figura ovale avente ciascuna una linea al più di diametro, e ripiene di una sostanza gelatinosa. Il soggetto soffriva da principio moleste sensazioni al basso ventre, le quali o si toglievano del tutto, o diminuivano moltissimo coll' espellere aria dagl' intestini, e dallo stomaco; poscia queste di gran lunga si accrebbero, ed un tumore duro, ed esteso per tutto l' addome comparve. Il pezzo originale conservasi nella Università di Bologna Il terzo pezzo presenta tutti gl' intestini insieme uniti mercè una linfa coagulabile, e coperti da una pseudo-membrana, talchè si offrono all' occhio in forma di globo. Il soggetto soffrì l' ascite per cui s' istituì replicatamente la paracentesi: morì finalmente da peritonitide. Il quarto finalmente al Museo mandato dal Dott. Pinaroli fa vedere l' ossificazione di tutto l' omento: non ho potuto raccogliere la causa di quest' alterazione (*Il Traduttore*).

la infiammazione pareva essere ancora recente. Questa membrana consiste in un tessuto celluloso analogo alla generale membrana cellulosa di tutto il corpo, e piena discretamente di vasi. Nello stato naturale i suoi vasi che trasportano sangue rosso sono poco numerosi, ma la infiammazione, e la fina injezione li rendono visibili Questa membrana è suscettibile di allungarsi considerabilmente dal movimento degl'intestini l' uno sopra l' altro, di modo che picciolissimo inconveniente risulta. Io ho spesso veduto tutti li visceri legati insieme da tali aderenze; altre volte alcuni visceri solamente sono così affetti.

SEZIONE IV.

Di alcune masse scrofolose aderenti al peritoneo:

Ho avuto sovente l' occasione di vedere una materia bianca, floscia, granellosa dietro il peritoneo, e aderente in tutti i suoi punti. In certi luoghi questa materia era formata in masse considerabili; in altri in masse picciole, ed isolate. In un caso, di cui conservo la memoria, si era formata in una massa grossa come la mano fra i muscoli addominali, ed il peritoneo, mentre era sparsa in porzioni isolate sopra il mesenterio, e sulla porzione del peritoneo che cuopre il canale intestinale. Ho veduto qualche volta l'epiploon cangiato in una focaccia di questa natura. La materia aveva l' apparenza scrofolosa, giacchè mostrava la medesima tessitura di una ghiandola assorbente scrofolosa avanti di suppurare. Io non sono ben deciso sulla classificazione di questo stato patologico; i suoi rapporti con quelli del peritoneo non sono tanto intimi, giacchè mai accadde, almeno nei casi da me veduti, nel peritoneo stesso; ma bensì di dietro, e in aderenza con questa membrana. Sembrami pertanto che qui sia collocato meglio, che in qualunque altro luogo.

SEZIONE V.

Tumori cancerosi aderenti al peritoneo.

Ho veduti alcuni piccioli tumori cancerosi nati sul peritoneo: erano assai duri, di un colore bianco, e analoghi per la loro tessitura alle masse cancerose che si trovano nello stomaco. Ciò che toglie ogni dubbio sopra questi stati si è, ch'io ho veduto un tumore canceroso dello stomaco nello stesso individuo. I tumori cancerosi del peritoneo non erano in verun modo legati con quello dello stomaco, ma esistevano in quella parte della membrana che tappezza i muscoli retti addominali dirimpetto quasi alla regione dello stomaco.

SEZIONE VI.

Tumori steatomatosi aderenti al peritoneo.

Sono stati osservati tumori steatomatosi aderenti al peritoneo, ma il caso è assai raro (1).

SEZIONE VII.

Idatidi nell' addome.

Si osservarono idatidi che occupavano una parte; ed anche tutta la cavità dell'addome. In simili casi esse sono per la maggior parte legate alle viscere dell'addome, che sono state probabilmente la base della primiera loro formazione; fra queste vi-

(1) Trad. Tedesc: fatta da Soemmering pag. 70.

viscere li principali sono il fegato, e la milza. Questo stato patologico è raro.

SEZIONE VIII.

Aria nella cavità dell' addome.

È stato detto essersi trovata qualche volta aria nella cavità dell' addome, quantunque nulla esistesse negli intestini (1). Io penso che questo caso sia assai raro. Si trova frequentemente aria in quantità anche considerabile nel canale intestinale, mentre priva è del tutto la cavità dell' addome. Quando una grande quantità di aria è accumulata nel canale intestinale tutte le sue parti si distendono considerabilmente, e le sue tonache si assottigliano proporzionatamente. La mano applicata sulla superficie dell' addome prova il senso stesso di tensione risultante dalla pressione degl' intestini contro le pareti dell' addome, come se la cavità dell' addome fosse ripiena di aria. La distensione, e la reazione sono ne' due casi le medesime. Da ciò è probabilmente derivata sovente l' opinione che l' aria sia contenuta nella cavità medesima del ventre: cosa però ch' è rara. Una parte degl' intestini distesi oltre misura può crepare, e dare così passaggio all' aria nella cavità dell' addome, o le piccole arterie dell' addome possono secernere aria nella maniera stessa, che sembra separarsi dalla membrana interna dello stomaco, e degl' intestini.

SINTOMI.

I sintomi dell' ascite sono tanto conosciuti che è quasi inutile fare cenno. Un senso di fluttazione si percepisce applicando la mano in un lato del

(1) Lieutaud vol. 5. pag. 432.

ventre, e percuotendo dall' altro; la quantità dell' orina è diminuita, ed il suo colore è carico; vi ha sete, spesso un senso di calore, ed un polso più frequente di quello sia nello stato di salute; la respirazione si rende difficile allorchè l'acqua è accumulata in grande copia.

I sintomi della infiammazione del peritoneo sono il dolore, e la gonfiezza dell'addome, e una viva sensibilità nel toccare questa parte, il ventre è spesso stitico, il polso è frequente e duro, con altri sintomi di quell'affezione generale del sistema chiamata febbre. Ne' casi di una leggera infiammazione il dolore mi sembrò poco considerabile, e il ritmo del polso era così poco cangiato, che neppure si aveva sospettato della infiammazione del peritoneo: nullameno l'esame del cadavere non presentò altra causa della morte, nè altra traccia di malattia, se non una infiammazione di questa membrana.

Non sonvi sintomi che indichino l'esistenza di aderenze nell'addome, e pare che in nulla disturbino le funzioni che si fanno in questa cavità.

Ignoro i sintomi de' tumori scrofolosi, e scirrosi del peritoneo.

Quando le idatidi sono raccolte in gran copia nella cavità dell'addome questa malattia difficilmente viene distinta dall' ascite. Si può nondimeno distinguerla nella maniera seguente: nel caso d'idatidi il senso di fluttuazione per la percussione del ventre sarà o nulla, o assai poco sensibile, in vece che nell'ascite la fluttuazione è sempre evidente, se qualche altra particolare affezione però non la

impedisca. Nel caso d'idatidi si rileva dalla storia della malattia, che il tumore ha cominciato in un sito particolare, quando che nell'ascite la tumefazione del ventre è uniforme, e graduata.

Sarebbe cosa più difficile il distinguere un ammasso d'idatidi da una idropisia dell'ovaja che dall'ascite, e pare che non si possino distinguere questi due casi se non dalla loro storia. Nella idropisia dell'ovaja il tumore comparisce da principio nel lato della regione ipogastrica, e si aumenta gradatamente a segno di occupare finalmente quasi tutto il ventre. Siccome le idatidi provengono ordinariamente dal fegato, il tumore comincia nella superiore parte dell'addome, e si estende in basso.

Le idatidi possono però nascere in tutte le parti dell'addome, e nel caso che abbino incominciato nel lato, e nella parte inferiore del ventre sembra non essere possibile il distinguere l'una dall'altra le due malattie.

CAPITOLO VII.

STATI PATOLOGICI DELLO STOMACO.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione.

Accade qualche volta, ma di rado (a meno che non si propinan veleni) che lo stomaco sia preso da infiammazione, la quale si estenda sopra una parte considerabile della sua interna membrana, o l'occupa tutta intera. Ordinariamente la infiammazione non affetta che una parte dello stomaco, ed in questi casi non è violenta. La parte dello stomaco

affetta mostra sopra la sua superficie esterna un maggior numero di vasi che nello stato naturale, senza essere però molto vascolosa. Lo stomaco è ingrossato nella parte infiammata; la membrana interna di questa stessa parte è rossa a motivo del gran numero di vasi sanguigni che si sono sviluppati, e frequentemente si osservano macchie di sangue stravasato. Non succede così spesso che la infiammazione dello stomaco passi in suppurazione o in cancrena.

Quando si ha inghiottito arsenico (veleno che più comunemente si propina) lo stomaco è infiammato assai intensamente: la sua grossezza è aumentata, e la sua membrana esposta alla vista dall'apertura compare assai rossa, a cagione del numero accresciuto di vasi che contengono sangue rosso, ed in parte dal sangue stravasato. Certe volte si trovano distrutte porzioni della membrana interna dalla forte azione dell'immediata applicazione del veleno. Io ho ancora veduto uno strato sottile di linfa coagulabile del sangue formato sulla membrana interna dello stomaco.

Ordinariamente si trova una porzione di arsenico in bianca polvere su diverse parti dell'interna membrana.

Io seppi che in due casi di avvelenamento dall'arsenico, che cagionarono la morte de' soggetti per la violenta infiammazione si trovò nell'esame de' cadaveri alcune ulcere nell'estremità inferiore del retto. Le persone non si erano giammai lamentate di male alcuno in questa parte, e avevano per quanto sembrava goduto di una buona salute prima dell'avvelenamento. Questa circostanza è assai straordinaria, ma un'autorità rispettabile la conferma. Il determinare fino a qual punto l'arsenico ordinariamente affetta il retto è cosa che merita un ulteriore esame. È probabile che qualche simpatia particolare si stabilisca fra l'estremità inferiore del retto, e lo stomaco all'occasione di una violenta infiammazione prodotta dall'arsenico, e che l'ef-

fetto di questa simpatia sia la formazione di un' ulcera in questa parte de' crassi intestini.

SEZIONE II.

Condizione del ventricolo ne' soggetti morti da idrofobia.

L'apertura de' ventricoli di persone morte da idrofobia fa frequentemente vedere la infiammazione della membrana interna vicina al suo orificio chiamato cardias. La membrana interna della faringe e dell'esofago è pure infiammata. La membrana non è ingrossata da questa infiammazione che si estende come un' affezione erisipelatosa tracciando in alcuni siti una linea di demarcazione assai distinta.

SEZIONE III.

Ulcere dello stomatico.

Non di rado si osservano ulcere nello stomaco: Qualche volta tali ulcere non differiscono da quelle delle altre parti del corpo, ma spesso però sono di un aspetto affatto particolare: in molti casi non sono circondate da infiammazione assai sensibile: i loro margini non sono irregolari come lo sono generalmente i margini delle ulcere, e le parti circonvicine non sono la sede di una particolare alterazione morbosa. Presentano l'aspetto di una piaga fatta da strumento tagliente, e di cui i margini si sarebbero cicatrizzati in modo da presentare una superficie uniforme, e liscia intorno la cavità della medesima piaga.

Queste ulcere non distruggono qualche volta che una porzione della membrana interna, ma altre fiate una parte di tutte le tonache dello stomaco perforandole interamente. In alcuni casi di perforazione totale dello stomaco i margini del foro sono

lisci, e assottigliati dal progresso dell'esulcerazione; altre volte vi ha un ingrossamento attorno il buco; e qualche volta ancora non si osserva il minimo cangiamento (*t*).

SEZIONE IV.

Cancro, e scirro dello stomaco

Questa malattia non è rara nel declinare dell'età, e più spesso s'incontra ne' maschi che nelle femmine. Ciò avviene probabilmente dalla più grande intemperanza dei primi: non può però derivare interamente dalla intemperanza, ma bisogna che vi esista nelle parti una predisposizione a questa malattia, giacchè qualunque sia la intemperanza, la malattia non si sviluppa se manca la predisposizione; ma quando questa predisposizione esiste è ragionevole il credere, che la malattia sia eccitata dalla intemperanza.

Lo scirro qualche volta si estende sopra tutto lo stomaco, ma più comunemente non attacca che una parte. In alcuni casi i limiti fra la parte affetta, e le altre parti non sono tanto bene marcati: le più volte però ciò non succede, ma anzi si scorge il contrario. Quando lo scirro non attacca che una parte dello stomaco, l'orificio del piloro è generalmente la parte affetta, e la causa è probabilmente perchè questa parte contiene più ghiandole, che qualunque altra dello stomaco, e le parti ghiandolose sono in generale le più soggette allo scirro.

(*t*) Nel Museo Patologico di Pavia esiste un ventricolo suppurato e considerabilmente esulcerato nella parte anteriore vicino al fegato. L'esulcerazione corrose in questo sito tutte le tonache del ventricolo. Il fegato contrasse stretta aderenza, e così s'impedì lo spandimento delle materie dal ventricolo nella cavità addominale. Il pezzo fu consegnato al Museo dall'illust. Prof. Raggi (*Il Traduttore*).

Quando lo stomaco tutto intero, o solamente in parte è attaccato dallo scirro, è più grosso, e più duro che nello stato naturale. Si può ancora distinguere la tessitura primitiva interna dello stomaco, ma in uno stato di manifesta alterazione. La tonaca che il peritoneo dà allo stomaco è spesso più grossa che nello stato naturale, e di una durezza quasi cartilagionsa La tonaca muscolosa è pure molto ingrossata, e divisa da tramezzi membranosi, numerosi, e molto forti Questi tramezzi non sono probabilmente altra cosa se non la membrana cellulosa che separa l'uno dall'altro i fasci muscolosi, e che s'ingrossa dalla malattia. La membrana interna è pur essa sommamente ingrossata, e spesso leggermente bernoccoluta nella direzione della cavità dello stomaco.

Succède spesso che questa massa ingrossata sia esulcerata sulla sua superficie; ed è ciò che costituisce il cancro dello stomaco. Qualche volta la membrana interna produce una escrescenza, la quale ancora cagiona un numero grande di più piccole, e determina l'apparenza fungosa.

Accade ancora che qualche parte dello stomaco perde ogni traccia della sua naturale struttura, si cangia in una dura massa nericcia, o bianchiccia con qualche apparenza d'intersezione membranosa, o si converte in una sostanza fibrosa rassomigliante ad una cartilagine un po' rammollita Le ghiandole assorbenti delle parti circonvicine sono nello stesso tempo accresciute di volume, dure, o bianchiccie (*u*).

(*u*) Nel Museo Patologico di Pavia vedesi un ventricolo di cui tutta la grande curvatura è scirrosa, ed una parte pagata in cancro, con un'ulcera di non mediocre grandezza in poca distanza dal piloro (*Il Traduttore*).

SEZIONE VI.

Tumori scirrosi circonscritti dello stomaco.

Ho veduto molti esempj di un tumore scirroso del volume presso a poco di una noce formato nello stomaco, mentre tutte le altre parti erano del tutto prive. Questo tumore ha ordinariamente una leggiere depressione nel mezzo della sua superficie. Finchè questo tumore è esente da irritazione, le funzioni dello stomaco sono probabilmente pochissimo alterate, ma quando viene irritato cagiona necessariamente molti disordini nello stomaco, e può divenire il germe di una funesta malattia.

CAPITOLO VIII.

SEZIONE PRIMA

Borsa formata nello stomaco.

Qualche volta, ma di rado una parte dello stomaco è formata in una specie di borsa da mezzi meccanici. Ho veduto un esempio di una borsa formata da cinque soldi che si erano annidati. Le tonache di questa parte dello stomaco erano assottigliate, ma senza infiammazione, nè esulcerazione. I soldi rimasero per lungo tempo, ma l'irritazione che ne risultava non era bastante per produrre nè esulcerazione nè infiammazione.

SEZIONE II.

Ristringimento del piloro.

Gli orificj cardias, e piloro dello stomaco possono essere ristretti in parte, od interamente da una contrazione permanente delle loro fibre muscolose, ma ciò deve più spesso accadere nell' orificio del piloro, giacchè ivi le fibre muscolose sono più circolari, e dotate della facoltà contrattile in più alto grado: di più, l' ostruzione è prodotta da una minore contrazione nel piloro, che nell' orificio superiore. Ho veduto un solo esempio della contrazione nel piloro, malattia questa molto rara.

La contrazione era portata al punto che una ordinaria penna d' oca non poteva passare nel duodeno, ed aveva impedito il passaggio ad alcuni nocciuoli di ciriege che rimassero nello stomaco.

SEZIONE III.

Stomaco assai contratto.

Qualche volta lo stomaco si trova contratto per tutta la sua estensione al punto di non essere più grosso di una porzione d' intestino tenue, e qualche altra è aumentato assai di volume. Nè l' uno nè l' altro di questi due stati devono riguardarsi come patologici, dipendendo solamente simili cangiamenti dallo stato di contrazione, o di rilassamento delle fibre muscolose all' istante della morte. Io credo che la dilatazione eccessiva dello stomaco sia più comune della sua contrazione.

SEZIONE IV.

Stomaco disteso dall' aria.

Lo stomaco si trova ordinariamente floscio, e quasi vuoto nel cadavere, ma non è anche raro il trovarlo disteso dall' aria. Questa raccolta di aria può essersi formata dopo morte, ma più spesso si forma durante la vita Quand' è così si può attribuirlo ad un chimico cangiamento delle materie contenute nello stomaco, ma io credo che per lo più l' aria si separi dai vasi sanguigni dello stomaco, e si versi nella sua cavità dai suoi piccioli vasi esalanti. Questa materia è più particolarmente trattata dal Dott. Hunter nel suo *Saggio sulla digestione* (1), e da me stesso in uno scritto, che già pubblicai nelle Transazioni Mediche, e Chirurgiche (2).

SEZIONE V.

Porzione dello stomaco disciolta dal succo gastrico.

Esaminando lo stomaco frequentemente si trovano le tonache della sua grande estremità più sottili, più trasparenti, e più polpose che nello stato naturale, ma è raro che tali apparenze si trovino bene caratterizzate: esse derivano dal soggiorno del succo gastrico più in questa parte dello stomaco che in altre, e dalla sua qualità dissolvente. Non bisogna dunque riguardarlo come un caso morboso, ma come l' effetto naturale dell' azione del succo gastrico, e dello stato dello stomaco

(1) Osservazione di Hunter sopra certe parti dell' economia animale pag 164.

(2) Caso d' Enfisema pag. 202.

dopo la morte. Quando il succo gastrico è stato in quantità considerabile, e di una natura attiva, lo stomaco fu affatto foracchiato nella sua grande estremità, e le materie precedentemente contenute sparse nella cavità dell'addome. In simili casi i visceri circonvicini sono pure disciolti in parte. Gli esempj però di una così attiva dissoluzione sono rari, e quasi non succedettero che a persone morte istantaneamente, e che godevano sino a quell'istante una buona salute. Se le facoltà dello stomaco non fossero lese dalle malattie una tale apparenza si osserverebbe più spesso dopo la morte; ma queste facoltà sono le più volte alterate dalle malattie, e da alcune totalmente distrutte. Per le ragioni addotte adunque simile apparenza succede di rado. La vera spiegazione di questo fenomeno fu data prima dal Dott. Hunter, e pubblicata nelle Transazioni Filosofiche a inchiesta del Cavaliere Giovanni Pringle (1).

SEZIONE VI.

Tumori adiposi nello stomaco.

Sono stati qualche volta trovati nello stomaco tumori di una materia adiposa, ma bisogna riguardarli come un fenomeno morboso assai raro. Ruischio racconta che ha veduto un tumore trovato nello stomaco di un uomo che conteneva peli, ed alcuni denti molari; egli lo conservò nella sua collezione (2).

---

(1) Trans Filosof, vol. 62 pag 447
(2) Ruischio Advers. Anatomic. vol. 2 decad. 3

SEZIONE VII.

Calcoli nello stomaco.

Sono stati descritti calcoli di varia apparenza trovati nello stomaco. A me giammai toccò di vederli, e devono essere considerati come una cosa assai rara (1).

L'esame fatto ha provato che il più sovente questi calcoli erano di natura biliosa, e si trasportarono dal duodeno nello stomaco mercè un movimento antiperistaltico del tenue intestino.

SEZIONE VIII.

Papille morbose osservate nello stomaco.

Sono state descritte come trovate nello stomaco papille, e pustole rassomiglianti in qualche modo al vajuolo, ma esse sono rarissime (2).

SEZIONE IX.

Pustole vajuolose osservate nello stomaco.

È stato detto ancora che vere pustole vajuolose si sieno formate nello stomaco di persone morte da questa malattia (3). Le dissecazioni ulteriori non hanno fornito esempio di sorta, ed io sono portato a credere che si abbia sbagliato ne' casi in cui si è creduto di averle vedute (*v*).

---

(1) Lietaud vol 1 pag 17.
(2) Lietaud vol 1 pag 23.
(3) Lietaud vol. 1 pag 375
(*v*) L' opinione dell' Autore viene fiancheggiata dalle os-

SINTOMI.

Nella infiammazione dello stomaco si osservano i seguenti sintomi: dolore nella regione epigastrica che accresce quando s' inghiotte qualche cosa, vomito, spesso singhiozzo, polsi piccoli, frequenti, duri, calore, sete, e un senso di estrema debolezza.

I sintomi prodotti dall'arsenico sono i medesimi, e non differiscono da quelli di una infiammazione violenta dello stomaco, giacchè l' arsenico non agisce sopra quest' organo altrimenti, che eccitandovi una violenta infiammazione.

La idrofobia è abbastanza caratterizzata dall' orrore che cagiona all'ammalato la vista di un fluido qualunque che gli si presenta, dalla grande difficoltà della deglutizione, e dall'alterazione delle funzioni intellettuali che accompagna questa terribile malattia.

Io ho ragioni per credere che le ulcere dello stomaco sieno spesso lente ne' loro progressi: sono accompagnate da dolore, da un senso di mal essere nello stomaco, e spesso si rigetta col vomito tutto ciò che s' inghiotte Questo stato continua per un tempo considerabile, e la Medicina non può apportare che sollievi di poco rilievo; cosa che può servire di mezzo onde distinguere questa malattia da un' affezione passeggiera dello stomaco.

---

servazioni di Cotunio, Sarcone, Wrisberg, e Soemmering. Questi celebri osservatori sono di parere che non si dieno esantemi internamente, come per lo innanzi si credeva, eccettuati quelli che attaccano la bocca, le fauci, e la trachea (*Il Traduttore*).

Il cancro dello stomaco è accompagnato da un dolore in questo viscere, che molto varia d'intensità secondo gl'individui. Ciò che s'inghiotte è spesso rigettato con vomito, insieme con un fluido nericcio che alcuni hanno paragonato alle feccie di caffè Il malato divieue macilente, e impallidisce il suo volto, i polsi sono frequenti, e i sintomi di febbre ettica vengono in campo.

Ignoro i sintomi di un ingrossamento parziale dello stomaco senza esulcerazione.

L'aria nello stomaco cagiona un senso incomodo risultante dalla distensione ch'è esternamente sensibile al tatto nella regione epigastrica.

CAPITOLO IX.

STATI PATOLOGICI DEGL' INTESTINI.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione.

Il canale intestinale è soggetto ad infiammarsi da diverse cause, di modo che noi abbiamo frequenti occasioni di vederne gli effetti dopo morte. Quando una porzione d'intestino è infiammata, avvi sulla sua superficie esterna un numero grande di piccoli vasi, molti de' quali contengono un sangue vermiglio. Tagliando l'intestino in maniera da mettere allo scoperto la sua interna membrana questa comparisce assai vascolosa, giacchè i piccoli vasi de' villi sono carichi di sangue, e perchè sonvi di-

verse macchie di sangue stravasato. Spesso nella infiammazione degli intestini il peritoneo è assai poco, o nulla affetto. Quando però la infiammazione è intensa s'infiamma pure il peritoneo, e si ricuopre di uno strato della parte coagulabile del sangue. Ho veduto ancora in una violenta infiammazione pezzi sparsi di questa pseudo-membrana sulla superficie villosa della interna membrana. L'intestino è nello stesso tempo più ingrossato, e più massiccio che nello stato di salute, ed il suo colore è qualche volta nericcio a motivo della gran copia di sangue nero stravasato. Questo stato dell'intestino è stato preso sovente per una mortificazione.

Succede spesso che la infiammazione degl'intestini passi in suppurazione, e in esulcerazione; ciò accade quando la infiammazione non attacca che l'interna membrana degli intestini. L'ulcera si forma sulla superficie interna, ed io non mi ricordo di avere veduto un solo esempio di esulcerazione incominciata nella superficie esterna, e che si sia poscia propagata internamente. L'esulcerazione è meno frequente negl'intestini tenui, che ne' crassi. Tanto negli uni, che negli altri le apparenze della infiammazione sono assai varie: i bordi dell'ulcera sono qualche volta di una considerabile grossezza; altre volte non lo sono più di quello sogliono essere nello stato naturale dell'intestino. Qualche fiata i bordi, e tutta la superficie dell'ulcera sono scabri, ed ineguali; altre volte sono liscj come se una porzione fosse stata levata da uno stromento tagliente. In qualche caso lungo una porzione considerabile d'intestino, soprattutto del crasso, la membrana interna pende in lembi che rassomigliano a stracciature prodotte dalla violenza della infiammazione.

Ho veduto ancora una porzione considerabile d'intestino interamente spoglia della sua membrana interna dall'intensità della malattia; in questo caso la tonaca muscolosa era messa allo scoperto come se fosse stata denudata da una diseccazione accu-

rata. Io credo che la infiammazione dell'intestino accada più frequentemente nel sito ove molti follicoli si trovano insieme. Se questa infiammazione è molto attiva, lo trafora corrodendo tutte le sue tonache. Quando ciò succede una parte delle materie contenute nell'intestino si spande nella cavità dell'addome, e vi produce la infiammazione. Questo spandimento non ha però sempre luogo; per la maggior parte la porzione d'intestino così perforata aderisce per effetto della stessa infiammazione a qualche viscere vicino, e si stabilisce una comunicazione tra l'uno, e l'altro. Ho veduto simili comunicazioni nate fra il retto, e la vagina di una donna, e fra il retto, e la vescica di un maschio. Ho pure veduto una comunicazione prodotta da questa medesima causa fra il rene, ed una porzione d'intestino, di modo che il pus formato nel rene si evacuava nell'intestino. Queste comunicazioni sono tanti mezzi onde prolungarsi la vita (sempre, a dir vero, poco felice in simili casi) assai al di là del termine che lo spandimento del pus nella cavità del ventre avrebbe permesso, producendo una infiammazione del peritoneo. La membrana interna degl'intestini è più soggetta ad esulcerarsi di quello sia la membrana interna di ogni altro canale che abbia un'apertura esterna. Sono assai rare le ulcere nella membrana interna della trachea, e dell'uretra, ma assai comuni in quella degl'intestini tenui, e crassi. Questa differenza è difficile a spiegarsi; ma ella si deve senza dubbio alla tessitura, e alle differenti funzioni delle parti. Molta rassomiglianza vi ha fra la tessitura della membrana interna della trachea, e quella dell'uretra. La secrezione ancora dell'una rassomiglia assai a quella dell'altra. La membrana interna degli intestini ha una tessitura e una secrezione che gli sono proprie. È probabile che da queste circostanze dipenda la sua più grande disposizione ad esulcerarsi, ma sarebbe assai difficile lo spiegare come ciò avvenga.

La

La infiammazione degl'intestini termina qualche volta, ma di rado, in cancrena: allora la parte cancrenata è di un colore livido, nericcio, e perde tutta la sua consistenza. Si lacera con facilità l'intestino ch'è in questo stato, e le dita passano attraverso come attraverso di una fracida pera. La mancanza di consistenza accompagnata dal cangiamento di colore che abbiamo rimarcato è la sola prova della cancrena, che l'esame dopo la morte può fornire. Una porzione d'intestino può avere un colore nericcio, e nullameno non essere cancrenato, potendo questo colore derivare da uno stravaso di sangue nato dalla violenza della infiammazione, ma senza che il principio vitale ne soffra. Così noi vediamo sangue sparso nella membrana cellulosa sotto la pelle da cui risulta un'apparenza nericcia, quantunque le parti godino tuttora la vita. Spesso è avvenuto che una parte dell'intestino divenuta nera siasi rientrata nella operazione del bubonocele, ed abbia eseguito le sue funzioni naturali, cosa che non sarebbe successa se questa parte divenuta nera fosse stata cancrenata, giacchè in questo caso si sarebbe separata dalla parte sana, e le funzioni dell'intestino sarebbero state necessariamente annientate. Allorchè una porzione d'intestino è stata per qualche tempo cancrenata una quantità considerabile di aria si forma, e si accumula nella sua cavità. È questa la marcia naturale della putrefazione animale. Io ho veduto un caso in cui una gran porzione d'intestino crasso, vale a dire più di un'auna aveva perduto il principio vitale, e fu espulso fuori dall'ano. Il soggetto sopravvisse tre settimane (1).

(1) Questo caso assai singolare sarà descritto nel primo volume che sortirà delle Transazioni Medico-Chirurgiche.

SEZIONE II.

Invaginazione.

Questa malattia che non è si rara è spesso funesta: essa consiste nell'invaginazione di una porzione d'intestino, e di mesenterio in un'altra porzione. La porzione ricevuta che ha qualche volta una lunghezza considerabile è in uno stato di contrazione. Avviene ordinariamente che una porzione superiore sia ricevuta in una porzione inferiore; anche il contrario succede qualche volta quantunque assai di rado L'invaginazione può accadere in qualunque siasi parte del canale intestinale, ma i tenui intestini sono più comunemente soggetti soprattutto nel sito ove l'ileo termina nel colon. La frequenza di un tale accidente in questa parte può avere per causa la gran differenza di calibro che vi è tra questi due intestini. L'invaginazione si è veduta frequentemente all'apertura de' cadaveri, e soprattutto di quelli dei fanciulli, senza che ne fosse avvenuto inconveniente di sorta. Le parti erano perfettamente esenti da infiammazione, e si sarebbero probabilmente disimpegnate mercè il movimento peristaltico naturale Altre volte però sopravviene una infiammazione violenta, le parti sono ingrossate, insieme unite da aderenze, e il canale è ostrutto in modo da non essere suscettibile di alcun rimedio. Questo stato della malattia è funesto (*x*).

(*x*) Un esempio d'invaginazione degl'intestini conservasi nel Museo Patologico di Pavia (*Il Traduttore*).

SEZIONE III.

Delle ernie.

Spesso una parte de' visceri addominali sorte da questa cavità. Questa parte è situata in un prolungamento del peritoneo in forma di sacco, e la malattia è conosciuta sotto il nome di ernia: questa per lo più è cagionata da qualche scossa violenta, e subitanea del corpo, che produce la rottura delle parti meno forti delle pareti del ventre. Io era una volta di opinione, e credo che sia l'opinione generale, che questa malattia sia più frequente presso le persone grasse, che presso le magre, ma dopo le notizie che ho avute da persone assai sperimentate in questa malattia, io sono di parere essere una tale opinione malamente fondata. Le ernie si trovano egualmente frequenti ne' magri, e ne' grassi.

Non vi ha forse alcun viscere che non sia stato trovato nel sacco erniario, ma per lo più vi è una porzione di epiploon, o d'intestino. Questo sacco può farsi passaggio in quasi tutti i punti del ventre, ma l'anello del muscolo obbliquo esterno, il legamento del Puparzio e l'ombilico sono le parti ove questo passaggio succede più comunemente. Un' altra sede d'ernia confermata dall'osservazione si è nel torace per mezzo di un' apertura del diaframma (*y*) La spiegazione di questo fenomeno sarebbe che il diaframma si fosse crepato, e che l'ernia nascesse da quest' apertura. Io sono però persuaso che quasi in tutti i casi una simile opinione sia mal fondata. Avviene qualche volta, sebbene

---

(*y*) Nel Museo Patologico di Pavia vedesi un pezzo che rappresenta una parte degli intestini nel petto per rottura del diaframma. Non ho potuto rilevare la causa che produsse una simil rottura (*Il Traduttore*).

di rado, che alcuni fanciulli nascono con un foro nel diaframma per vizio di conformazione di quest' organo. Quando questo foro è di una certa grossezza una porzione dei visceri addominali passa nel torace, e l'aggravio che ne risulta nella funzione della respirazione cagiona la morte pochi istanti dopo la nascita.

Quando il foro del diaframma è piccolo serve per causa occasionale di quest'ernia, che per distinguerla si può chiamare ernia diaframmatica (1).

È molto bene riconosciuto che la sede più ordinaria dell'ernia nell'uomo è l'anello del muscolo obbliquo esterno, cosa che può essere attribuita alla più grande apertura di quest'anello nel maschio che nella femmina. La sede più ordinaria nella donna è riconosciuta all'ombelico, o sotto il legamento del Puparzio. La ragione nell'ultimo caso si è la forma del bacino propria alla femmina, giacchè da questa forma ne risulta uno spazio vuoto più grande nella donna, che nell'uomo nelle vicinanze del legamento del Puparzio, e per conseguenza una minore resistenza in questa parte. Il primo caso si spiega pel cangiamento che succede all'ombilico durante la gravidanza, giacchè in simile circostanza l'ombilico si distende, e dalle frequenti gravidanze perde interamente la sua elasticità.

L'epiploon si trova più spesso di qualunque altro viscere nel sacco erniario: ciò dipende probabilmente perchè fluttua per così dire libero, e nessun attacco lo trattiene di scorrere in una qualunque cavità comunicante con il ventre, e una volta che sia caduto in una simile cavità non può più sortire come una porzione d'intestino per la sua propria azione; altro motivo questo della

(1) Il Dott Clarke ha veduto un caso di questa natura, e lo descriverà nel prossimo numero delle Transazioni Medico-Chirurgiche: questi ebbe la bontà di farmi osservare la preparazione che dimostra quest' ernia.

sua frequenza. Quando è rimasto lungo tempo nel sacco erniario si trasforma in una massa compatta, qualche volta senza connessione col sacco, ma altre fiate aderente alla sua membrana interna. Spesso questo stato dell'epiploon non è accompagnato da infiammazione, ma in alcuni casi la infiammazione può essere violenta, e terminare anche in cancrena.

Una porzione d'intestino si trova sovente nel sacco erniario sola, o con una porzione di epiploon. Questa porzione d'intestino è alcune volte picciola, altre volte assai considerabile. Spessissimo le funzioni degli intestini si eseguiscono naturalmente in questo stato, ma in alcuni casi sopravviene una infiammazione violenta che sconcerta le funzioni, e porta spesso un termine funesto. Questa infiammazione procede da una forte compressione che prova l'intestino nella parte più stretta del sacco, vale a dire nel sito del suo passaggio fuori del ventre. Questa infiammazione offre all' osservatore tutte le varie apparenze che abbiamo già più volte descritte. L'intestino si trova pure spesso cancrenato, ciò che viene dimostrato dal suo colore nericcio, dal mancare della sua consistenza, e dal gas che si sviluppa. Quando la infiammazione dell'intestino contenuto nel sacco erniario sia stata molto violenta, e terminata per risoluzione ne nascono aderenze che lo attaccano alla superficie interna del sacco. E possibile ancora che le aderenze si formino per un intimo contatto, e per lungo tempo continuo senza infiammazione. Quando il sacco di un'ernia non è antico consiste in una sottile membrana opaca, e bianca, e la sua formazione è dovuta al prolungamento di una porzione del peritoneo ingrossata dalla compressione (1). Quand'è antico è quasi sempre assai in-

(1) In certi casi di ernia ombilicale il Dott. Marshall non poteva vedere distintamente il sacco erniario. E' probabile che in questi casi il peritoneo siasi crepato da una forte distensione, e che i suoi margini stracciati si siano confusi per mezzo di aderenze colle parti vicine.

grossato, e consiste evidentemente in molti strati. La superficie interna del sacco è liscia, e la membrana che costituisce questa superficie può essere facilmente seguita nella sua continuazione col peritoneo che tappezza le pareti dell'addome. La superficie esterna del sacco è di una tessitura meno unita, e meno fina. Il sacco nel sito del suo passaggio fuori del ventre ha un'apertura, o un collo stretto; più inferiormente è molto disteso. In altri casi la comunicazione fra il sacco, e la cavità dell'addome è più libera, e allora l'intestino è meno esposto alle cause della infiammazione.

SEZIONE IV.

Dell'ernia congenita.

Nel caso di bubonocele il sacco erniario è ordinariamente distinto dalla tonaca vaginale del testicolo. Qualche volta però non lo è, e le parti che costituiscono l'ernia sono in contatto immediato con il corpo del testicolo, quest'è il caso dell'ernia congenita. Si credeva altre volte che questa disposizione di parti provenisse dalla rottura di una porzione del sacco erniario, e della tonaca vaginale. Un po' di riflessione avrebbe dimostrato che ciò non poteva essere quand'anche restasse sconosciuta la vera causa, come restò in fatti fino a che il Dott. Hunter diede la spiegazione. Haller conobbe che i testicoli non discendono nella cavità dello scroto innanzi l'ottavo mese, e che fino a questo tempo rimangono nella cavità dell'addome sotto i reni. Quando discendono nello scroto strascinano seco necessariamente per gli anelli dei muscoli grandi obbliqui esterni la porzione del peritoneo che li ricuopre: questa porzione del peritoneo forma un sacco, di cui la parte superiore comunica colla cavità dell'addome.

Haller osservò ancora che nei feti una por-

zione d'intestino cade spesso in questo sacco dopo i testicoli, o nello stesso tempo, e che l'ernia congenita è in questo modo prodotta La comunicazione fra questo sacco, e l'addome si chiude presto, giacchè alla nascita non esiste più Sembra pertanto che se qualche cosa la impedisce di chiudersi verso quest'epoca dopo non si chiude più, e la comunicazione rimane per tutta la vita, di modo che se una porzione d'intestino, o di epiploon cade in questo prolungamento del peritoneo, viene necessariamente in contatto col testicolo. Quando il Dott. Hunter conobbe le osservazioni di Haller sopra la discesa dei testicoli comprese tosto la vera spiegazione dell'ernie nelle quali una porzione di epiploon, o d'intestino era in contatto co' testicoli. La sua spiegazione è quella che abbiamo dato, ed è generalmente ricevuta dagli Anatomici, e dai Chirurghi.

CAPITOLO X.

SEZIONE PRIMA

Dello scirro, e del cancro degl' intestini.

I crassi intestini sono più de' tenui soggetti allo scirro, quantunque anche questi ultimi si trovino spesso attaccati. Ho veduto il duodeno affetto da un tumore scirroso, e da un'ulcera cancerosa. Lo scirro de' crassi intestini è frequente nell'età avanzata, ma non egualmente in tutte le loro parti; la parte sigmoide del colon, ed il retto sono le sedi più ordinarie di questa malattia. La ragione sarebbe forse assai difficile a determinarsi; è non pertanto da rimarcare che la membrana interna del

canale intestinale è più fornita di ghiandole nella sua estremità inferiore che altrove, e che il tessuto ghiandoloso è più soggetto allo scirro, che qualunque altra parte del corpo umano. È necessario osservare ancora che il colon è più stretto nella sua curvatura sigmoide che altrove, e per conseguenza più soggetto ad essere leso in questa parte dal passaggio di corpi duri, lesione che potrebbe essere causa occasionale di questa malattia se la parte fosse di già predisposta, ma queste riflessioni si accostano più alla congettura che all' evidenza.

L' affezione scirrosa si estende alcune volte sopra una porzione considerabile dell' intestino cioè sopra un' estensione di più pollici, ma ordinariamente il male è più limitato. I fenomeni non differiscono da quelli dello scirro dello stomaco. La tonaca peritoneale, muscolosa, ed interna sono più grosse e più dure che nello stato naturale, la tonaca muscolosa è divisa da tramezzi membranosi e la membrana interna si forma in pieghe dure, ed irregolari. Accade spesso che la superficie interna di questa membrana si esulceri, e l' affezione degeneri allora in cancro. In alcuni casi non rimane vestigio di sorta della primitiva tessitura, cangiandosi interamente l' intestino in una materia fibrosa. Tutte le volte che l' intestino è attaccato dallo scirro il calibro della parte affetta è ristretto, e giunge qualche volta al segno di cancellarsi del tutto. Il restrignimento pare qualche volta più grande di quello permetta l' ingrossamento delle tonache intestinali; ciò probabilmente dipende in parte dall' azione delle fibre della tonaca muscolosa, le quali quantunque affette dalla malattia non perdono però interamente la loro facoltà contrattile. Allorchè il restrignimento è portato a un certo grado il canale intestinale si allarga immediatamente al di sopra per la raccolta di materie che vi si forma. Nello stesso tempo che una porzione d' intestino è così affetta si stabiliscono aderenze fra essa, e le

vicine viscere, e qualche volta l'esulcerazione si estende a queste medesime viscere (z).

SEZIONE II.

Alterazioni patologiche degl' intestini cagionate dalla dissenteria.

Ho osservato in seguito di questa malattia la membrana interna assai ingrossata, e formata in tubercoli rotondi, e irregolari di cui alcuni avevano un color bianco, altri un colore gialliccio. Le tonache peritoneale, e muscolosa erano più ingrossate, e più dure che nello stato naturale. La tonaca interna era in certi siti sollevata, ed i tubercoli in alcuni casi avevano fessure sulle loro superficie, di modó che rassomigliavano ai porri ordinarj. Questo fenomeno non è tanto frequente, ma si osserva però generalmente nelle violenti dissenterie come quelle descritte da Pringle (1). Questo stato patologico che abbiamo descritto non si osserva ne' casi ordinarj di dissenterie che regnano in questo paese durante l'autunno: almeno io non l'ho giammai osservato. Allorchè un caso di questa natura diventa mortale, nell'apertura del corpo si osservano molte ulcere nella membrana interna de' crassi, e qualche volta anche de' tenui intestini.

(z) Ho vedute nel Museo Patologico di Pavia l'intestino colon ristretto, e scirroso nella parte che termina al retto, e questo assai dilatato (*Il Traduttore*).

(1) Ved. Pringl. malattie delle Armate pag. 246.

SEZIONE III.

Pieghe ingrossate della membrana interna de' crassi intestini.

Ho spesso osservato la membrana interna dei crassi intestini formata in pieghe ingrossate, e larghe nelle quali si era accumulata una considerabile quantità di sangue Tali pieghe non dipendevano dall'influenza della tonaca muscolosa, e assai differivano dalla costrizione in forma di borsa che di frequente si osserva in questa medesima membrana. L'esame anatomico non ha scoperto in queste pieghe che un accumulamento di membrana cellulosa dietro la membrana interna. Non ebbi l'occasione di osservare nel corpo vivente gli effetti di questa morbosa alterazione.

Qualche volta si elevano picciole escrescenze dalla superficie interna dell'intestino crasso due pollici circa al di sopra dell'ano, e si distribuiscono ordinariamente in forma di cerchio in picciole distanze l'una dall'altra.

SEZIONE IV.

Emorroidi.

L'emorroidi, e la fistola dell'ano sono malattia assai comuni, quantunque non divenghino quasi mai l'oggetto dell'esame del cadavere, perciò le descrizioni si trovano meno sovente ne' trattati di Anatomia patologica che quelle di altre malattie assai meno frequenti L'emorroidi sono tumori molli situati attorno l'ano di una forma bulbosa regolare, o irregolare, sono coperti dalla pelle molto delicata che si prolunga dalla membrana interna del retto sopra i margini esterni dell'ano.

Questi tumori ordinariamente intieri si rompono qualche volta, e versano allora una quantità considerabile di sangue La loro esistenza è dovuta al ristagno del sangue nelle vene che circondano l'ano, le quali provengono dall'iliaca interna, e comunicano coi rami inferiori della piccola mesenterica.

Tumori della medesima specie si trovano spesso entro la cavità del retto, e costituiscono allora l'emorroidi interne. In questo caso i tumori sono dovuti alla distensione dei rami della piccola mesenterica. I tumori emorroidali sono assai più frequenti nelle persone attempate che nelle giovani; giacchè si attribuiscono a qualche impedimento al ritorno del sangue dal retto verso le parti superiori, e questo impedimento, qualunque sia la causa, deve agire più efficacemente, e per più tempo nei vecchj che nei giovani. Sono ancora l'emorroidi più frequenti nelle femmine che nei maschj, effetto che si può riferire a molte cause.

La gravidanza deve produrre un impedimento considerabile al ritorno del sangue, ed in fatti le donne che hanno spesso partorito ben di rado si preservano da questa malattia. Le femmine ancora più che i maschj permettono alle materie di accumularsi nel retto.

SEZIONE V.

Della fistola all'ano.

Le fistole dell'ano sono canali stretti all'estremità inferiore del retto di cui i caratteri sono i margini callosi, una superficie interna liscia, e dotati della facoltà di secernere pus (1). In una malattia di

(1) Il Sig Hunter ha rimarcato nelle sue Lezioni chirurgiche, che le fistole hanno una superficie interna liscia rassomigliante ad una superficie secretoria, come p. e quella dell'uretra.

questa natura può accadere che un solo canale si apra esternamente sul margine dell'ano con un foro assai stretto, ovvero questo canale può ramificarsi in diverse direzieni; il caso allora è più grave, e richiede una operazione lunga, difficile, e dolorosa Oltre l'apertura esterna il canale ne ha spesso un' altra nel lato dell'intestino. In alcuni casi l'apertura interna esiste senza che vi sia apertura esternamente, ma l'apertura esterna sola, o tutte e due nello stesso tempo sono assai più frequenti.

SEZIONE VI.

L' estremità inferiore del retto terminata in fondo di sacco.

Per un vizio di conformazione molto frequente il retto intestino non si prolunga fino all' ano, ma termina in forma di fondo di sacco al di sopra di quest' apertura. L'intestino retto termina ancora in alcuni casi assai vicino alla superficie esterna, ma più frequentemente in qualche distanza. Esiste ordinariamente in questi casi un ano apparente, ma l' apertura allora è più ristretta che nello stato naturale.

È raro che l'operazione chirurgica giunga a guarire radicalmente questo vizio di conformazione. L' apertura che si pratica nell'estremità dell' intestino ha sempre una disposizione quasi invincibile a chiudersi, e qualunque speranza che si abbia concepita si trova quasi sempre fallace. L' operazione nondimeno è stata fatta qualche volta con felice successo.

SEZIONE VII.

L' intestino retto terminante nella vescica.

Ho veduto un vizio di conformazione per cui il retto intestino terminava nella vescica, di modo che non aveva altra apertura che per l'uretra: un fanciullo appena nato fu il soggetto di questa osservazione. La vita non poteva sussistere in questa circostanza non suscettibile di operazione: fu veduto ancora il retto terminare nella vagina, ma questo vizio di conformazione è raro.

SEZIONE VII.

Vermi.

Si organizzano vermi nel corpo umano come in quello degli altri animali, ma più di rado nel primo. Nella maggior parte dei quadrupedi, e dei pesci esiste un gran numero di vermi come l'apertura dei loro intestini quasi sempre lo prova.

Tutti i vermi che si trovano nel corpo umano possono essere ridotti a tre classi, cioè il *lumbricus teres*, la *toenia*, e l'*ascaris*.

Il *lumbricus teres*, o verme lungo, e rotondo si trova più spesso negl'intestini de' fanciulli che in quelli degli adulti, o delle persone avanzate in età. Nel primo caso la sua esistenza è comune, nel secondo rara. Si conosce benissimo che questo verme differisce dal verme di terra ordinario, ma in questo paese i pratici hanno prestata poca attenzione alle differenze che li distinguono; queste due specie di vermi presentano però all'attento osservatore differenze assai facili a concepirsi. Il *lumbricus* è più acuto alle sue estremità, e la sua bocca consiste in una cavità formata da tre

prolungamenti cilindrici, in vece che la bocca del verme di terra consiste in una fessura longitudinale situata sulla superficie inferiore di una testa rotonda. Esiste ancora nella superficie inferiore di questo verme una larga piega semilunare della pelle, nella quale la testa può ritirarsi, e da cui può sortire a volontà. Quest'organo manca al *lumbricus*. L'ano di quest'ultimo si apre sulla sua superficie inferiore a qualche distanza dalla sua estremità posteriore con una fessura curvilinea. L'ano del verme di terra al contrario termina con un foro ovale alla punta stessa dell'estremità. La pelle, o integumento del *lumbricus* è meno carnosa, e meno rugosa trasversalmente di quella del verme di terra In questo si vede spesso una fascia larga, e gialliccia che circonda il corpo, ma che affatto manca nel primo. Vi ha sopra ciascun lato del *lumbricus* una linea longitudinale assai marcata; ve ne hanno tre sopra la metà superiore del verme di terra, ma così poco marcate che appena si vedono. Il *lumbricus-teres* nulla ha di analogo a piedi, ma il verme di terra ha sulla sua superficie inferiore, soprattutto verso l'estremità posteriore, quattro ordini di prolungamenti assai sensibili alla vista, e al tatto, e che evidentemente fanno la funzione di piedi per la loco mozione dell'animale. Questi due vermi differiscono egualmente per la loro interna organizzazione. Nel *lumbricus-teres* vi ha un canale intestinale di un'apparenza liscia, ed uniforme che passa da un'estremità all'altra. Questo canale è più stretto verso la testa del verme, e la differenza è qualche volta così marcata che si può considerare come un esofago. Nel verme di terra lo stomaco è largo, e formato da due cavità, il canale intestinale è ancora più largo, e più tortuoso che nel *lumbricus*. Gli organi della generazione sono molto diversi nelle due spezie; quest'ultimo ha gli organi differenti secondo che l'individuo appartiene all'uno o all'altro sesso, in vece che il verme di terra è erma-

frodito, e gli organi della generazione per conseguenza sono i medesimi in tutti gl' individui. Di più le apparenze di questi organi differiscono al semplice colpo d' occhio. Vi ha nell' estremità anteriore del verme di terra una massa ovale che molto rassomiglia alla sostanza midollare del cervello (1), e che non esiste nel *lumbricus*.

La *toenia* che si trova negl' intestini dell' uomo è di due specie; cioè la *toenia solium*, e la *toenia lata*

La *toenia solium* esiste frequentemente negl' intestini degli abitanti dell' Alemagna, qualche volta, ma di rado in quelli degli abitanti della Gran Brettagna. Essa consiste in molte parti distinte che stanno unite come per articolazioni, o giunture; queste porzioni sono ordinariamente assai bianche, ma qualche volta il loro colore è anche nericcio, giacchè allora i loro vasi contengono un fluido di questo colore. Questo verme è ordinariamente assai lungo, e sorte di rado intero dagl' intestini, ed è per questo che poche volte si sono vedute le sue estremità.

La testa di questa *toenia* è di una forma presso a poco quadrata con un prolungamento ristretto all' avanti: nel mezzo di questo prolungamento vi ha un' apertura circolare distinta, sopra i margini della quale crescono prolungamenti curvilinei, e acuti. Vicino gli angoli del margine quadrato della testa sono situate quattro aperture sporgenti in eguale distanza l' una dall' altra Questa testa è appoggiata sopra una porzione stretta e articolata del verme di una lunghezza considerabile, e che a poco a poco si allarga, e si confonde colle altre porzioni.

Il corpo della *toenia* consiste in parti sottili appianate, assai lunghe, e di cui l' uno dei margini

(1) Io ignoro affatto la natura di questa sostanza che paragono al cervello non relativamente ad alcuna opinione sopra i suoi usi, ma per darne un' idea descrittiva.

porta un prolungamento sul quale facilmente distinguesi un'apertura Le porzioni articolate del medesimo verme sembrano più lunghe le une dalle altre, ciò che può dipendere da uno stato di contrazione delle une, e di rilassamento delle altre. Le aperture di cui abbiamo parlato alternano ordinariamente da un lato all'altro delle porzioni successive, ma qualche volta queste aperture si seguono immediatamente sopra i margini corrispondenti. Un attento esame fa conoscere in ciascuna porzione alcuni vasi riempiuti di un fluido oscuro disposti in forma di albore Esiste ancora sopra i margini di ciascuna porzione un canale serpentino (1). L'ultima porzione della *toenia* non differisce dalle altre, se non in quanto la sua estremità è rotonda, e senza apertura.

La *toenia lata* esiste frequentemente negl'intestini degli abitanti della Svezia, ma assai di rado in quelli degli abitanti della Gran Brettagna.

Le porzioni articolari di cui questo verme è composto sono larghe, e corte, l'apertura è sulla superficie appianata invece di essere sul margine, come nella *toenia solium*. Non ho veduto nè la testa, nè l'estremità posteriore di questo verme, ma presumo che non differiscano da quelle del precedente.

Altre *toeniae* sono state trovate negl'intestini dell'uomo, ma la loro esistenza è sì rara ch'io non le ho giammai vedute. Tutte sembrano avere il medesimo fondo di organizzazione.

L'*Ascaris* è un piccolissimo verme che spesso si trova nell'estremità inferiore del retto de' fanciulli anco degli adulti più comunemente di quel che si pensa. Il colore è bianco, e la sua lunghezza egua-

(1) Questo canale, come pure i vasi disposti a guisa di albero sono stati assai distintamente injettati in alcune preparazioni che mi furono date dal Sig. Carlisle giovane Chirurgo molto ingegnoso.

eguaglia un mezzo pollice. L'estremità sulla quale è poggiata la testa è un poco ristretta, e l'altra termina in un prolungamento assai fino, e trasparente. Questi vermi sono come inverniciati da una quantità più o meno grande di muco, di cui la secrezione è probabile che sia allora accresciuta dall'irritazione stessa ch' esercitano i vermi sulle ghiandole della membrana interna del retto.

Il *trichuris* è stato trovato qualche volta ne' crassi intestini dell'uomo, e particolarmente nel cieco. Molto rassomiglia all'*ascaris*, ma è assai più grosso. La coda è assai lunga e trasparente: alla testa di alcuni è attaccato un prolungamento in forma di cono.

Nulla vi è nell'economia animale di più oscuro quanto l'origine di questi vermi. Se esistessero fuori del corpo dell'animale non si avrebbe difficoltà a supporre che le loro uova fossero state inghiottite coll'alimento, e che lo sviluppo dell'animale succedesse nel canale intestinale. Ma non è così, giacchè essi non sembrano suscettibili di vita fuori di un corpo animale vivente, che pare assolutamente necessario alla loro esistenza, e conservazione. Si può dunque fare un'altra supposizione, cioè che questi vermi sieno il prodotto di una materia contenuta negl'intestini senza organizzazione qualunque preliminare; ma questa teoria ripugna a ogni analogia sulla riproduzione animale per quanto si è potuto osservare in una maniera soddisfacente questa riproduzione. L'origine di questi animali è dunque assai oscura, ed io non pretendo di renderla chiara. Nondimeno allorchè si volesse pesare le due opinioni; e gli argomenti su'quali s'appoggiano si trova che la probabilità porta a credere la generazione equivoca di alcuni ordini di animali.

SEZIONE IX

Dell' aria raccolta negl' intestini.

Non è raro di trovare aria raccolta nel canale intestinale Una leggiere infiammazione del peritoneo accompagna qualche volta, ma non sempre quest' accidente Spesso anche in questo caso i vasi sanguigni che serpeggiano sugl' intestini sono pieni di aria.

La putrefazione che succede dopo la morte produce sovente aria nel canale intestinale, ma le nostre viste si portano al presente esclusivamente sull' aria che si sviluppa accidentalmente avanti la morte.

Due supposizioni si offrono per ispiegare la produzione di quest' aria, o è prodotta da una nuova disposizione delle materie contenute negl' intestini che favorisce l' espansione, o è formata ne' vasi sanguigni degl' intestini da un modo di azione analogo all' atto secretorio in generale, e versata nella cavità intestinale dalle estremità delle arterie esalanti. Nessuno dubita che i vasi sanguigni del corpo animale sieno dotati di questa facoltà; ed io confesso essere di parere che l' aria del canale intestinale sia in tal modo prodotta E' probabile che quest' aria non sia in tutti i casi di una natura identica. Nei saggi che io feci non ho trovato aria infiammabile, ma sempre una gran porzione di aria fissa. Quest' aria merita di essere esaminata da qualche Chimico.

SEZIONE X.

Materia ossea formata negli intestini.

Gli stati patologici del canale intestinale che abbiamo descritti sono i più frequenti, ma non i soli.

Ho veduto un esempio, o due di una concrezione ossea sulla membrana interna dell'intestino. Ho veduto pure un'aderenza fra due porzioni d'intestino convertita in osso. Sembra che tutte le parti del corpo possano ossificarsi, e che quest'effetto debba attribuirsi all'aberrazione di una facoltà naturale: nel caso di aderenza accidentale la medesima proprietà (per quanto noi possiamo giudicare) appartiene alla sostanza che forma il mezzo di unione, la quale non pare meno suscettibile di convertirsi in osso, o in ogni altro tessuto, di quello sieno la generale membrana cellulosa, le pleure, o il peritoneo.

SEZIONE XI.

Anello sporgente nato nella cavità dell' intestino digiuno.

Ho osservato una valvula *connivente* più grossa dell'ordinario, e sporgente nel digiuno tutt'all'intorno della sua parete concava come un largo anello. Il canale dell'intestino era necessariamente ristretto in questo luogo, ma nessun male ne risultò. Questo vizio di conformazione avrebbe potuto nullameno cagionare funesti accidenti, giacchè un corpo di un certo volume che si fosse arrestato sopra l'anello avrebbe prodotto la infiammazione, l'esulcerazione, e finalmente la morte.

SEZIONE XII.

Materia calcolosa trovata negl' intestini.

Una materia calcolosa può trovarsi in una parte qualunque del canale intestinale, ma soprattutto ne' crassi intestini. I casi di questa natura sono assai rari almeno nell'uomo; nessuno si offerse alla mia propria osservazione (1) (*aa*).

---

(1) Vedi Lieutaud vol 1 pag. 77 . 78.

(*aa*) Quantunque l'Autore creda rarissimi i calcoli negli

SEZIONE XIII.

Pustole vajuolose sopra gl' intestini.

Fu detto che si osservarono pustole vajuolose sopra gl'intestini di persone morte da questa malattia (1). Io non pretendo di pronunziare giudizio sopra la verità di queste osservazioni, ma le dissecazioni fatte con tutta l'attenzione, e con tutti i lumi necessarj non hanno confermato il fatto.

SEZIONE XIV.

Stati patologici del mesenterio.

Il mesenterio è spesso preso da infiammazione, ma non lo è senza una simile, e generale affezione del peritoneo. Quest' organo diviene allora più grosso e più massiccio che nello stato naturale. I grossi vasi sanguigni che passano fra le sue lamine, e le ghiandole assorbenti sono molto meno visibili. Tutti questi effetti dipendono dalla linfa coagulabile

---

intestini pure molti esempj vengono riferiti dagli osservatori. Severino (de abscess l. 3 cap 29) vide nel colon una pietra che aveva il volume di un uovo d'oca. Zacuto (Prax. admir l. 3. cap 133) trovò una grossa pietra conglutinata colla interna superficie del colon. Ballonio (Cons med. l. 3. n. 24.) ritrovò negl' intestini una pietra traforata: le materie fluide passavano dal foro Jacquinette (Journ. de med. et chir. t. 55) osservò nell' intestino retto due pietre nel centro delle quali eravi un pezzo di guscio d' uovo. Chomel (Hist de l' Acad. des Sc. 1710 obs. 3) trovò in una vecchia donna le membrane del duodeno distese in un piccolo sacco che conteneva alcune pietre. Anche Galeati (Comment. Bonon t 3) vide una medesima borsa in vicinanza dell' inserzione del condotto coledoco (*Il Traduttore*).

(1) Lieutaud vol. 1. pag. 375.

che si stravasa per l'azione infiammatoria. La parte del peritoneo che costituisce le lamine del mesenterio è più vascolosa che nello stato naturale, e più o meno coperta da uno strato di questa linfa. Si trova qualche volta eziandio una piccola quantità di pus sulla superficie infiammata del mesenterio. Sono stati osservati ancora ascessi fra le sue lamine, ma un simile caso è poco comune.

E' raro che si trovi il mesenterio cancrenoso senza che diverse parti del canale intestinale sieno del pari attaccate, almeno non mi toccò di vedere un esempio, ma allorquando gl'intestini sono cancrenosi alcune porzioni del mesenterio si trovano qualche volta nel medesimo stato. La cancrena del mesenterio non differisce da quella delle altre parti di già descritte.

Le ghiandole assorbenti del mesenterio sono spesso affette da scrofole, e più frequentemente nella infanzia che nella età adulta. Le ghiandole così affette offrono aspetti diversi secondo il grado della malattia; esse sono accresciute di volume, e più molli al tatto che nello stato naturale: internamente la loro tessitura sembra quasi naturale, ma per lo più sono cangiate in una materia bianca, molle, rassomigliante al latte coagulato, ed in qualche caso mista di pus.

Allorchè una parte del canale intestinale diviene cancerosa alcune ghiandole assorbenti del mesenterio partecipano della medesima affezione, essendo la materia cancerosa trasmessa dall'intestino alle ghiandole per mezzo dei vasi linfatici. Le ghiandole allora aumentano di volume, e si convertono in masse dure di una tessitura scirrosa, e cancerosa.

Qualche volta si trovano le ghiandole del mesenterio riempiute di una materia ossea, o terrea, ma i casi di questa natura sono rari (1). Le ghiau-

(1) Ved. le Transaz Med. V. I. p. 365.

dole assorbenti alla radice dei polmoni sono quelle che vanno più soggette a questa malattia.

Sono state osservate anche le idatidi del mesenterio.

Tumori che consistevano in una materia adiposa si osservarono in aderenza col mesenterio; ma questo stato patologico di rado si vede (*bb*).

SINTOMI

La infiammazione degl'intestini è caratterizzata dai sintomi seguenti: cioè dolore acuto dell'addome, vomito, ostinata stitichezza, calore, sete polsi frequenti, piccoli, e duri; lo stato dei polsi non sempre si allontana dallo stato naturale in proporzione del grado della infiammazione.

Io non conosco verun sintoma caratteristico della invaginazione avanti che vi succeda la infiammazione, ed in questo caso i sintomi sono i seguenti: le parti in cui la malattia ha la sua sede s'incollano insieme mercè la linfa coagulabile che la infiammazione fa spandere, di modo che non si possono più separare; questo stato dev'essere riguardato come assai più funesto di una semplice infiammazione intestinale. Si può rimediare a quest'ultima, e l'ammalato può guarire, ma la invaginazione con infiammazione violenta è necessariamente funesta.

L'ernia senza strozzatura presenta i sintomi seguenti: un tumore pallido alla parte affetta, un

---

(*bb*) Nel Museo Patologico di Pavia vidi un tumore nato fra le tonache del mesenterio ch'esercitava una considerabile pressione sull'intestino retto: il suo volume come oggidì si osserva eguaglia quasi quello della testa di un bambino, ma si può senza tema di errare considerarlo come fosse molto più grande. Il soggetto aveva un continuo vomito (*Il Trad.*).

dolore leggiere di tempo in tempo nel tumore, e nelle parti circonvicine del ventre: il tumore sporge fuori tossendo, e sparisce colla compressione, o colla posizione orizzontale osservata per qualche tempo. Se l'ernia è grossa e antica non scompare colla compressione, quantunque non esista alcuna strozzatura.

Allorchè succede quest'ultimo accidente i sintomi sono quelli della infiammazione degl'intestini, giacchè la strozzatura produce l'infiammazione. Oltre questi sintomi verso la fine della malattia avvi il singhiozzo, e una materia gialliccia, fetida è rigettata dalla bocca Le nausee in simili casi sono assai più forti che negli sconcerti ordinarj dello stomaco, ma spesso il polso non è più frequente di quello sia nello stato naturale, quantunque la infiammazione, come lo fa vedere l'operazione, sia portata al più alto grado.

Quest'osservazione è di una grande importanza nella pratica, giacchè dimostra che non si può giudicare del grado della infiammazione dallo stato dei polsi, e che l'operazione non dev'essere differita se l'ernia non può essere ridotta, quand'anche il polso non fosse celere.

Quando i crassi intestini sono attaccati dallo scirro la malattia fa ordinariamente qualche progresso innanzi che l'ammalato vi presti attenzione. Vi è poco dolore nel principio, ed il malato prova solamente stitichezza, o difficoltà di scaricare le fecce. Il dolore aumenta co' progressi della malattia soprattutto scaricando il ventre, e il malato prova dopo l'evacuazione alvina un gran sollievo. Esaminando le materie evacuate si trova spesso pus, e sangue, specialmente verso la fine della malattia, quando cioè l'esulcerazione si è già stabilita: la ciera diviene nello stesso tempo pallida, i polsi celeri, e il malato s'indebolisce. La costituzione deteriora a colpo d'occhio: tutti questi

sintomi vanno di peggio in peggio fino a che la morte li toglie.

Nella dissenteria l'ammalato sente nell'addome dolori che diventano qualche volta assai intensi. L'irritazione che provano gl'intestini produce frequenti evacuazioni, che sono tanti miscugli di muco, di pus, di sangue, di parti membranose, di croste bianchiccie, e a certi intervalli di fecce dure. Queste evacuazioni alvine sono accompagnate più comunemente da tenesmo. Una febbre sintomatica più o meno forte è un sintoma costante della malattia.

I sintomi dell'emorroidi sono la tumefazione del margine dell'ano, e del retto immediatamente al di sopra di quello, dolore dell'ano durante il passaggio delle fecci, frequente evacuazione sanguigna, irritazione, o prurito spontaneo, e passeggiero delle parti affette. La malattia si annunzia spesso da altre affezioni, come dall'emicrania, dalla difficoltà di respiro, da dolori colici, e da dolori ne' lombi.

I sintomi che indicano l'esistenza del verme rotondo negl'intestini sono la tumefazione del ventre, l'emaciazione dell'estremità, l'alito fetido, e lo sconcerto dell'appetito che può essere al di sopra, o al di sotto del suo stato naturale. L'evacuazioni alvine sono viscide, l'ammalato prova un prurito nella membrana interna del naso, e digrigna i denti durante il sonno.

Le persone afflitte dalla tenia si lagnano di un dolore rodente nello stomaco che si allevia mangiando: l'appetito è vorace nella maggior parte;

ma in alcune è minore che nello stato naturale; provano ordinariamente prurito nella membrana pituitaria, nausee, dolori colici, e qualche volta l'emicrania: alcune hanno tosse, e altri accessi irregolari di convulsione.

L'ascaride produce nel retto un senso incomodo, e all'ano un prurito doloroso.

Si prova un aumento di calore nelle parti con evacuazioni mucose, e tenesmo. Il muco è qualche volta misto di sangue, e spesso sortono nello stesso tempo ascaridi vivi (1).

Una discreta raccolta di aria negl'intestini è caratterizzata da un certo grado di pienezza dell'addome, e dai suoi frequenti cangiamenti di luogo; da ciò dipendono i gorgoglj, e le tumefazioni parziali che si osservano sul ventre. Si caccia fuori qualche volta aria dalla bocca e dal retto, e nello stesso tempo si soffre stitichezza, e alcuni dolori colici.

L'aria accumulata in quantità grande costituisce una malattia assai grave chiamata timpanitide, di cui vidi due o tre esempj. Il ventre è estremamente gonfio con un senso di tensione forte; compresso colle dita le parti riprendono rapidamente, e con energia la loro primiera forma, come lo farebbe una vescica di bue riempiuta di aria. Questo sintoma distingue la malattia dall'idropisia ascite: la respirazione è sovente resa difficile per essere difficoltata l'azione del diaframma dalla raccolta d'aria. Il malato soffre intense coliche, e manda fuori aria dall'alto, e dal basso con molto strepito. Il ventre è stitico, e le urine sortono difficilmente; questa difficoltà di orinare dipende probabilmente dalla distensione del retto.

(1) Ved. Trans. Med. del Colleg. Vol. 1. pag. 46.

I sintomi della infiammazione del mesenterio non possono essere distinti da quelli della infiammazione del peritoneo in generale.

I sintomi dell'aumento scrofoloso delle ghiandole del mesenterio coincidono quasi perfettamente con quelli prodotti dal verme rotondo degl'intestini: in tutti e due i casi il ventre è gonfio, e le estremità emaciate. I vermi che per mezzo dei purganti drastici si evacuano distinguono le due malattie: i sussulti, e il digrignare dei denti possono ancora servire a distinguerle, giacchè questi sintomi esistono sovente in casi di vermi, ma di rado, o giammai nel caso di affezione scrofolosa del mesenterio. Un esame attento della costituzione, e della disposizione del malato può fornire mezzi diagnostici. Se veggonsi all'esterno segni ben decisi di scrofola, il pratico sarà disposto a conchiudere che vi sia un'analoga disposizione nel mesenterio.

CAPITOLO XI.

STATI PATOLOGICI DEL FEGATO.

SEZIONE PRIMA

Della infiammazione della membrana del fegato.

La infiammazione della membrana esterna del fegato spesso succede. Essa può essere limitata a questa parte, ovvero dipendere dalla infiammazione generale del peritoneo: limitata al fegato non è comunemente che parziale, e per l'ordinario sulla

sua parte anteriore, o convessa. Ho spesso veduto la infiammazione, o almeno i suoi effetti sopra quella parte della membrana del fegato ch'è in contatto collo stomaco, e col duodeno La infiammazione di questa membrana presenta assolutamente i medesimi fenomeni di quella del peritoneo, della quale abbiamo già parlato, e di cui questa membrana fa parte. I suoi vasi contengono sangue vermiglio: è più vascolosa, e più ingrossata che nello stato naturale. Uno strato di linfa coagulabile di una grossezza varia si estende sopra la sua superficie, e incolla il fegato più o meno alle parti circonvicine. Un fluido sieroso si spande nello stesso tempo in maggiore, o minore quantità.

SEZIONE II.

Aderenze.

Succede più spesso di vedere aderenze in seguito della infiammazione della membrana del fegato, che di vedere questa membrana attualmente infiammata; queste aderenze provengono dai cangiamenti successivi che prova la linfa coagulabile del sangue stravasato, quali li abbiamo già descritti: esse sono prodotte ordinariamente da una sottile membrana trasparente che si estende dalla superficie del fegato alle parti vicine. Questo mezzo di aderenza può consistere in una sola membrana che si estenda sopra tutta la superficie del fegato, ovvero in distinti prolungamenti membranosi. Queste membrane di aderenza sono qualche volta lunghe; altre volte il fegato aderisce immediatamente alle parti vicine. La più ordinaria sede di queste aderenze è la superficie anteriore del fegato che aderisce alla parte del peritoneo che tappezza i muscoli nella parte superiore della cavità addominale.

Ne' casi di ascessi del fegato queste aderenze sono molto utili impedendo l' effusione del pus

nella cavità addominale: spesso si trovano ancora aderenze fra la superficie posteriore del fegato, lo stomaco, e il duodeno, le quali possono essere di una grande utilità impedendo egualmente che gli ascessi del fegato si dirigano verso questo lato, e si effondano nella cavità addominale: queste membrane possono condurre il pus nello stomaco, o nel duodeno.

SEZIONE III.

Tonache del fegato convertite in cartilagini.

Una parte delle tonache del fegato si è convertita in cartilagine. Ho veduto alcuni esempj di quest' alterazione morbosa ch' è meno rara nella milza, che nel fegato. Questa cartilagine contro natura è liscia, sottile, e di una molle tessitura.

SEZIONE IV.

Infiammazione della sostanza del fegato.

È raro, almeno in questo paese, che si trovi la sostanza del fegato infiammata. Allorchè la sua membrana s' infiamma la parte corrispondente del fegato immediatamente al di sotto partecipa della medesima affezione, ma la infiammazione della massa totale è assai rara. Questa malattia è più comune nei paesi caldi che nella Gran-Brettagna. Quando il fegato s' infiamma in tutte queste parti aumenta di volume, ed acquista un colore di porpora carico (1); è nello stesso tempo più duro al tatto,

(1) Non è forse probabile che questo colore si debba a un accumulamento di sangue ne' rami della vena porta?

Dato che questa vena faccia le funzioni di arteria nel fegato non è forse probabile che i suoi piccoli rami acquistino

che nello stato naturale. La sua membrana esterna partecipa qualche volta ma non sempre dell' affezione infiammatoria. Alcune volte l' itterizia accompagna questo stato del fegato, giacchè una compressione sopra i pori biliari impedisce la bile di passare pel condotto coledoco. Una certa durata della infiammazione determina la formazione di un ascesso, il quale mitiga lo stato infiammatorio; vi sono casi in cui questi ascessi sono abbastanza considerabili per contenere più pinte di pus (*cc*). Quest' organo è qualche volta quasi interamente ridotto in un solo sacco ripieno di pus. L' idropisia ascite nasce spesso dalla infiammazione cronica del fegato: in simile caso l' acqua è colorata dalla bile in giallo, o in verde.

Alcune osservazioni della mortificazione del fegato sono state raccolte (1); ma questo caso dev' essere assai raro: non lo vidi giammai (*dd*).

SEZIONE V.

Tubercolo comune del fegato.

La formazione de' tubercoli è una delle più frequenti malattie del fegato, eccettuando le aderenze

---

lo stesso modo di azione durante la infiammazione a guisa di rami arteriosi?

cc) Il mio amico Dott. Ignazio Brandolini giovane di estese cognizioni osservò nel cadavere di una donna d' anni 18. morta nella Clinica dell' illust Prof Raggi il fegato disorganizzato, e distrutto per ben due terzi da un ascesso nato in seguito di epatitide. Nella cavità dell'addome si trovò una grande quantità di pus proveniente dall' ascesso del fegato. Io possiedo la storia da lui consegnatami (*Il Traduttore*).

(1) Morgagni epist. 34 art 25.

(*dd* Nel Museo Patologico di Pavia ho osservato un pezzo che rappresenta il fegato cresciuto di volume, e cancrenato in diversi punti. La cistifelea è dilatata, le sue pareti ingrossate, e contiene un calcolo non infiammabile della grossezza di un uovo di gallina (*Il Traduttore*).

di cui abbiamo parlato più sopra. Questa malattia quasi mai si trova nelle persone giovani ma bensì in quelle di media, od avanzata età. E' più frequente negli uomini che nelle femmine: fatto questo che sembra dipendere dall'intemperanza nel bere maggiore negli uomini, giacchè i gran bevitori sono attaccati più degli altri. Noi non possiamo però trovare fra quest'abitudine, e questa malattia i rapporti, o il legame di causa, e di effetto, ma la medesima oscurità regna relativamente alle cause delle malattie in tutte le altre parti del corpo umano.

I tubercoli che costituiscono questa malattia ricoprono ordinariamente il fegato per intero, hanno una forma rotonda, sono situati gli uni allato degli altri, e danno alla sua superficie una forma affatto irregolare. Aperti coll'istrumento si scorge che consistono in una sostanza solida, oscura, o gialliccia, la loro grossezza non eccede qualche volta quella di una testa di spilla, ma più sovente eguaglia una nocciuola, ed anche spesso la supera. Il fegato è più duro che nello stato naturale, ed il suo margine inferiore s'incurva all'innanzi. Il suo volume non è ordinariamente aumentato, ma anzi spesso diviene più piccolo che nello stato di salute. Facendo la sezione di un fegato in questo stato morboso, si scorge che i suoi vasi sono diminuiti di calibro. L'accumulamento di bile nella sua sostanza gli dà un colore gialliccio, l'acqua che si effonde sempre in questi casi nella cavità addominale ha lo stesso colore, la vescichetta del fiele è spesso assai contratta, e di un colore bianco a motivo della sua vacuità, giacchè la bile non può pervenire a motivo che la durezza del fegato comprimendo i pori biliari, si oppone alla loro comunicazione col canale epatico. La pelle è nello stesso tempo affetta da itterizia, affezione ch'è tanto permanente quanto la sua causa, vale a dire dura per sempre. Questo stato è quello che generalmente chiamasi scirro del fegato, ma poco rassomiglia allo scirro che si ma-

nifesta in altre parti del corpo: io lo riguardo perciò come una malattia particolare di questo viscere.

SEZIONE VI.

Grande tubercolo bianco del fegato.

Possono formarsi nel fegato masse dure, bianche, grosse come una castagna, questa grossezza però può variare dal più al meno. Si trovano ordinariamente più vicino alla superficie che al centro disposte due o tre insieme, ed in contatto, e lasciando fra esse, e un ammasso della medesima natura una porzione sana del fegato Esse consistono in una sostanza solida, bianchiccia, opaca, avendo la loro superficie esterna depressa, o infossata: il volume del fegato è comunemente cresciuto in questa malattia.

La sezione del fegato fa vedere che questi tubercoli sonosi formati attorno i vasi sanguigni di quest' organo. Questo stato morboso dà origine alcune volte ad un effusione di acqua nella cavità addominale: per lo più però ciò non accade. Il fegato è tinto in giallo qualche volta, ma sovente le parti sane, e senza tubercoli conservano il loro naturale colore.

Il tubercolo che abbiamo descritto è assai meno frequente del precedente, e molto rassomiglia allo scirro delle altre parti del corpo. Se io dovessi dunque decidere avendo riguardo alla sola tessitura direi che il gran tubercolo bianco è il vero scirro del fegato; in due casi però ho veduto un pus viscido che rassomigliava assai al pus scrofoloso, sono quindi costretto di rimanere ancora nell' incertezza su di ciò.

SEZIONE VII.

Tubercolo molle nericcio del fegato.

Ho veduto diversi tumori molli della grossezza di una noce situati principalmente verso la superficie del fegato; avevano un colore nericcio, ed una tessitura liscia. Questo stato morboso è assai raro, e probabilmente sconosciuto nella sua natura; molte persone non esiterebbero a dirlo scrofoloso, ma questa opinione non sarebbe appoggiata sopra conchiudenti pruove, giacchè nessuna rassomiglianza esiste fra questo tumore, ed il tubercolo scrofoloso dei polmoni, o una ghiandola assorbente scrofolosa. Ciò meriterebbe di essere con accuratezza esaminato tutte le volte che si offerirà l'occasione di poter farlo; quest'esame sarebbe molto ajutato da una simile attenzione prestata ai sintomi, e alla disposizione del corpo in vita.

SEZIONE VIII.

Tumori scrofolosi del fegato.

Si trovano alcune volte tubercoli nel fegato che rassomigliano assai a quelli dei polmoni. Hanno la medesima grossezza, la medesima tessitura, il loro colore è più oscuro, ma il tatto non saprebbe distinguerli. Nel solo esempio di questa natura da me veduto i tubercoli erano distribuiti nella sostanza del fegato a distanze presso a poco eguali senza rendere irregolare la superficie come nel tubercolo ordinario.

SE-

SEZIONE IX.

Fegato floscio con tumori rossicci.

Ho veduto la sostanza del fegato più floscia che nello stato naturale disseminata di tumori rossicci di una grossezza considerabile, e contenenti una specie di pus; io sono disposto a riguardare questo stato del fegato come scrofoloso, giacchè la persona aveva tutti i caratteri di una costituzione scrofolosa, e molte ghiandole scrofolose furono trovate aprendo il corpo.

SEZIONE X.

Sostanza del fegato assai molle.

Non è raro di trovare la sostanza del fegato assai più floscia che nello stato di salute senza alcun altro segno di malattia; questa mollezza si avvicina a quella della milza (*ee*). Il colore è nello stesso tempo livido: quest'alterazione deve derivare da un'azione morbosa comune a tutte queste parti, e che sembra essere quella notata da Hunter col nome di *assorbimento interstiziale*. Con questa denominazione si vuol indicare l'assorbimento insensibile delle molecole elementari di un organo, o massa organica qualunque del corpo umano senza esulcerazione. Questo stato del fegato, o mai, o assai di rado si trova ne' soggetti di molto fresca età, accade principalmente nell età avanzata.

(*ee*) Nel Museo Patologico di Pavia trovasi un fegato di grande volume, e assai molle In questo pezzo ho osservato una rottura, che si potrebbe sospettare essere nata dalla sua molle consistenza. Non ho potuto però assicurarmi se esistesse quando il pezzo si levò dal cadavere (*Il Traduttore*).

SEZIONE XI.

Sostanza del fegato assai indurata.

Uno stato del fegato contrario al precedente, e non raro si è una durezza contro natura senza sensibile alterazione della sua tessitura Vi è spesso sopra la superficie del fegato in tal modo indurato una membrana *filiforme* raggiante, e il margine inferiore è incurvato un po' in avanti. Io credo che questo stato preceda la formazione dei tubercoli, giacchè ho spesso trovato piccoli tubercoli di natura ordinaria sulla superficie di fegati così alterati. Sembra probabile dopo queste circostanze, che si deponga una materia negl' interstizj della massa generale del fegato che lo renda più duro, e che si converta in tubercoli, come pure una parte degli elementi naturali di questo viscere; ma ben si scorge che queste idee non sono che congetturali. Un' idrope incipiente accompagna qualche volta quest' induramento del fegato, ma ciò non succede in tutti i casi.

SEZIONE XII.

Idatidi.

Eccettuati i reni le idatidi si trovano più spesso nel fegato che in alcun' altra ghiandola del corpo umano (1). Le idatidi del fegato sono ordinariamente racchiuse in una cisti di una grossezza qualche volta considerabile, e di cui le parti hanno

(1) Io non credo già che il nome comune d'idatide denoti la medesima cosa nel fegato, e ne' reni: qualche volta però esistono ne' reni idatidi che sono precisamente della medesima natura di quelle del fegato.

una consistenza, ed una solidità tale, che toccandole non si distinguono da una cartilagine La dissecazione fa vedere questa cisti di una tessitura in forma di lamine: la sua grossezza è varia non eccedendo in alcuni casi quella di una moneta di 24. soldi, in vece che in altri è di un quarto di pollice Le lamine consistono in una sostanza bianca intonacata internamente da uno strato polposo che pare essere linfa coagulata. In un sol caso ho veduto la cavità della cisti divisa da un tramezzo di questa natura. Una cisti può contenere una, o più idatidi nuotanti in un fluido, o attaccate alle di lei pareti. Queste idatidi sono tanti sacchi, o borse sferiche contenenti un fluido coagulato, e di cui le pareti consistono in una materia polposa, bianchiccia, semi-opaca (1). Questa materia dotata di una forza contrattile considerabile, è formata da due lamine di cui la grossezza varia molto nelle differenti idatidi, o nelle diverse parti della medesima. Nell'interno di una grande idatide si trovarono spesso altre più piccole, la grossezza delle quali varia dalla testa di una spilla sino a quella del frutto di ribes. Sono attaccati in grappoli, ovvero sparsi sulla sua superficie: si trovano qualche volta idatidi più grandi libere nel fluido. Le idatidi del fegato sono frequentemente senza alcuna comunicazione fra loro, ma è stato detto di averle vedute racchiuse l'una nell'altra in serie come tante scatole da pillole. Le idatidi del fegato sono più comunemente situate nella sua sostanza, e circondate da una cisti, ma esse non di rado sono ancora attaccate alla sua superficie esterna, e allora occupano una parte più o meno grande della cavità addominale.

L'origine, e la natura di queste idatidi non

---

(1) Quantunque le idatidi sieno ordinariamente di un colore bianchiccio, ne ho veduto però di un colore d'ambra poco carico.

sono peranco determinate; è probabile però che sieno animaletti imperfetti. E' fuor di dubbio che le idatidi che si trovano nel fegato dei montoni sieno animaletti Levate dal fegato, e messe entro l'acqua calda si sono vedute spesso muoversi, e vivere molte ore dopo la morte dell'animale, nel corpo del quale erano nate. Vi ha molt'analogia fra le idatidi del fegato di un montone, e quelle del corpo umano Ne' due casi sono contenute in cisti forti, e consistenti in materia polposa, bianchiccia. E' vero però che avvi qualche differenza nella organizzazione, giacchè il sacco uniforme, e sferico nell'uomo è guernito di un collo, e nel montone di una bocca, ma questa lieve differenza non dev'essere riguardata come una forte obbiezione all'opinione esposta di sopra, giacchè la più semplice organizzazione non esclude la vita. D'altronde idatidi trovate nel cervello dei montoni rassomiglianti quasi in tutto a quelle del fegato dell'uomo sono state vedute muoversi, e per ciò riguardar si devono come animaletti. Le idatidi del fegato dell'uomo non sono state ancora vedute a muoversi nell'acqua calda, per quanto almeno io sappia. Se ciò fosse stato la quistione non sarebbe più indecisa, ma è facile concepire perchè ciò non possa accadere che difficilmente. La loro esistenza nel fegato è uno stato patologico raro, e allorchè pure esistano il tempo che passa avanti l'esame del corpo è bastante onde estinguere il loro principio vitale, supponendo che ne sieno dotate come nel fegato del montone. L'opinione che sieno tanti animaletti è dunque assai probabile, e pare più difficile il conciliare la loro potenza vitale colla teoria ricevuta della generazione, che quella dei vermi degl'intestini. Noi non saremo esenti della difficoltà nigandola loro nel fegato dell'uomo, giacchè non gliela si può negare nel fegato del montone, e la difficoltà è la stessa Tutto ciò che io posso dire sopra questo soggetto l'ho già detto trattando de' vermi degl'intestini. Se si desiderassero ricerche

più minute sulle idatidi si potrà trovare un trattato assai circostanziato del Sig Hunter nelle Transazioni Medico - Chirurgiche (1).

SEZIONE XIII.

Cisti del fegato contenenti una materia terrea.

Si trovano spesso nel fegato cisti contenenti una materie terrea: la sostanza di queste cisti è cartilaginea mescolata con ossea sostanza; la materia terrea contenuta nella cisti è molle, liscia, e di un colore bianco-scuro, mista spesso con parti membranose, rassomigliante assai alla tonaca di una idatide (*ff*).

SEZIONE XIV.

Rottura del fegato.

Il fegato è più soggetto a rompersi di qualunque altra ghiandola del corpo umano. Si può assegnare due cause molto probabili; l'una che nelle persone magre il fegato specialmente s'è voluminoso, si presenta vicino alla superficie del corpo, e può essere leso per conseguenza da una esterna compressione; l'altra che il fegato è di una tale tessitura per cui le sue parti si separano facilmente l'una dall'altra colla compressione, senza che possano

---

(1) Ved. le Trans. Medico - Chirurgiche pag. 34.

(*ff*) Soemmering nella sua traduzione tedesca di quest' opera citata da Conradi racconta di possedere un pezzo preso dal mezzo del fegato, il quale rappresenta un osso ritondetto di un pollice circa di lunghezza, e di una linea di grossezza: sotto di esso si ritrovava un sacco contenente una materia rassomigliante al cacio. Mekel (Neves Archiv I. n. 4) citato dallo stesso Conradi riferisce il caso di un fegato ossificato; che produsse un ascesso nel petto (*Il Trad.*).

poscia cessata la causa comprimente riprendere i loro naturali rapporti, come nel medesimo caso lo farebbero altre parti Così il fegato cede alla pressione del dito, come lo farebbe una pera fracida, ma meno facilmente. Quest' effetto non dipende dall'essere il fegato ammollito dalla putrefazione, giacchè succede subito dopo la morte, ma dipende dalla tessitura naturale del fegato, e può accadere nel vivo egualmente che nel cadavere. Una simile pressione esercitata contro un muscolo, o contro un' altra ghiandola del corpo non produrrebbero rottura alcuna, ma queste parti riprenderebbero la loro primiera forma subito tolta la pressione Le rotture del fegato che sono state osservate furono cagionate da una forza esterna applicata alla parte superiore dell' addome, come p e la ruota di una vettura che passasse sopra il corpo Quest'accidente avvenne senza che risultasse molto dolore; ciò ch'è una pruova fra le molte della poca sensibilità del fegato. In alcuni casi di questa natura le persone sopravvissero all'accidente per diversi giorni.

SEZIONE XV.

Vermi del fegato.

Dicesi essersi trovati vermi nelle cisti del fegato, e ne' canali biliari (1): gli esempj di questa natura devono essere assai rari, giacchè sfuggirono alla mia osservazione (gg).

SINTOMI.

Quando le tonache del fegato s'infiammano i

(1) Ved Licutaud Vol 1. pag. 194

(gg) Un caso straordinario riferisce Conradi (op cit. t. 5. part. 1. pag 253.) di un lombrico lungo venti pollici, e largo uno, che corrodeva il fegato di una donna (*Il Trad.*).

sintomi molto corrispondono a quelli della pleuritide, in cui la infiammazione attacca la parte inferiore delle pleure del lato dritto. Vi ha dolore acuto nella parte affetta, respirazione difficile, tosse, e febbre sintomatica: poca sarebbe l'utilità nello stabilire la diagnosi fra queste due malattie, giacchè il trattamento curativo è il medesimo ne' due casi.

Io non conosco i sintomi che indicano le aderenze fra il fegato, e le parti vicine.

Un dolore ottuso all'ipocondrio dritto accompagna la infiammazione della sostanza del fegato. Avvi nello stesso tempo dolore nella spalla dello stesso lato, e l'ammalato giace a preferenza sul lato affetto; vi è più, o meno febbre sintomatica con una tosse secca, qualche volta singhiozzo, e vomito, e qualche altra itterizia. La infiammazione del fegato è qualche volta così lenta, che il dolore non si fa quasi sentire, e la febbre è quasi nulla. In simili casi non si sospetta la infiammazione fino a che l'ascesso che si dirige all'esterno ci avvertisca.

Io non conosco sintomi particolari da cui si possa assicurare durante la vita dello stato tubercoloso del fegato. Quando nondimeno sentesi un dolore od un senso incomodo nella regione del fegato, che la pelle sia affetta da permanente itterizia, che acqua si accumuli nello stesso tempo entro la cavità addominale non resta più dubbio sullo stato tubercoloso del fegato. Quando le pareti dell'addome sono sottili, e l'acqua effusa non è in gran quantità, si può sentire i tubercoli al margine inferiore del fegato mercè la giudiziosa applicazione della mano.

Io non posso distinguere i sintomi del gran tubercolo bianco da quelli del tubercolo ordinario; ma credo però che l'itterizia, e l'ascite non l'accompagnino così costantemente.

I sintomi degli altri tubercoli del fegato sonmi ignoti, ma credo che non vi sia uno abbastanza decisivo.

L'induramento del fegato non può essere conosciuto durante la vita, a meno che la magrezza del soggetto non permetta di sentirlo esternamente; cosa che sarebbe difficile nel maggior numero de' casi, e spesso anche impossibile, riflettendo alla grande grossezza che possono avere le pareti dell' addome, e che l'induramento del fegato non porta l'accrescimento del suo volume. Non ostante se si prova un senso di peso nella regione del fegato, e che vi sia contemporaneamente un pallore nella faccia si può sospettare questa malattia È duopo aggiugnere che l'esame del cadavere ha dimostrato questo stato del fegato, senza che detti sintomi, o qualunque altro avessero indicata l'esistenza durante la vita.

La formazione delle idatidi non determina alcun sintoma: la loro esistenza è dunque congetturale. E' vero che le storie di alcuni casi di questa natura fanno menzione di un dolore all'ipocondrio dritto, ma questo dolore non può distinguersi da quello prodotto da qualunque altra causa.

Quando le idatidi sono nella sostanza medesima del fegato io non vedo alcuna possibilità di assicurarsi dell'esistenza; ma se esistono sulla sua superficie esterna, e verso il suo margine inferiore, si potrebbe assicurarsi con un attento esame. In questo medesimo caso se le pareti dell'addome sieno ingrossate, e che le idatidi, o le loro cisti non sieno distinte, ma in contatto l'una coll'altra

formando un tumore irregolare, sarà impossibile di dare una decisiva opinione. Io dirò pertanto che se il tumore si formò poco a poco, che la salute siasi di poco alterata è probabile che dipenda dalle idatidi. Un'attenzione scrupolosa sull'effetto che produce sopra il tumore la compressione, o percussione, può ancora ajutare la diagnosi, giacchè s'è formato da idatidi sarà molle, e se le idatidi sono grandi vi sarà probabilmente un senso di fluttuazione battendo il tumore con una mano, e applicando l'altra alla parte opposta. Se ancora il tumore occupa una gran parte della cavità addominale, e che il suo aumento proceda dalla regione del fegato come dalla sua sorgente, non vi resterebbe allora dubbio che consista in tante idatidi.

CAPITOLO XII.

STATI PATOLOGICI DELLA VESCICHETTA DEL FIELE.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione delle sue tonache.

Le tonache della vescichetta del fiele di rado s'infiammano senza che sia nello stesso tempo infiammata la membrana che ricuopre la superficie posteriore del fegato. La infiammazione di questa membrana si estende naturalmente sulla tonaca esteriore della vescichetta del fiele, e può attaccare anche s'è violenta le sue tonache interne. Nulladimeno la infiammazione della tonaca esterna non è ordinariamente accompagnata da quella delle altre tonache, giacchè non è strettamente applicata

ad esse, ma le separa una quantità considerabile di tessuto celluloso. Non si rimarca differenza fra gli effetti della infiammazione delle tonache della vescichetta del fiele, e quelli prodotti dalla infiammazione dello stomaco, e degl' intestini di cui abbiamo già parlato, e ch' è inutile il qui ripetere.

SEZIONE II.

Aderenze.

Non è raro il vedere aderenze tra la vescichetta del fiele, e la piccola estremità dello stomaco o del duodeno: queste aderenze sono tante conseguenze della infiammazione della tonaca esterna della vescichetta, e rassomigliano esattamente a quelle di già descritte.

SEZIONE III.

Esulcerazione della vescichetta del fiele.

La infiammazione è di rado spinta al segno da produrre l' esulcerazione della vescichetta del fiele: anche i calcoli biliari la producono di raro (1). Questo stato però succede qualche volta, e incomincia quasi sempre nella sua membrana interna. Io ho osservato due esempj, l'uno de' quali consisteva in molte ulcere della membrana interna, senza che le altre tonache fossero per niente affette; nell' altro invece l' ulcera aveva corrose tutte le tonache.

---

(1) Il Dott Soemmering ha vedato non pertanto molte ulcere della membrana interna prodotte dall' irritazione dei calcoli biliari.

SEZIONE IV.

Ingrossamento delle tonache della vescichetta del fiele, e formazione di tubercoli nel suo tessuto.

Io non ho veduto che un solo esempio di quest' alterazione della vescichetta; le sue tonache avevano in questo caso un quarto di pollice di grossezza, ed erano nello stesso tempo riempiute di tubercoli grossi, e duri. Il fegato era pure affetto dalla stessa malattia (*hh*).

SEZIONE V.

Tonache della vescichetta del fiele divenute ossee.

Ho veduto pure l'ingrossamento della vescichetta con diversi punti di ossificazione; ma questo fenomeno è raro.

SEZIONE VI.

Alterazioni patologiche dei canali biliari: loro dilatazioni.

La dilatazione è l'alterazione patologica dei canali biliari la più frequente. Il canale epatico, il canale cistico, e il canale coledoco soffrono qualche volta una dilatazione enorme. Ho veduto i canali epatico, e coledoco dilatati a segno di avere quasi un pollice di diametro (*ii*) Quest'effetto non può de-

---

(*hh*) Frank (de curand hom morb l. 2. p. 269.) vide le membrane della vescichetta del fiele della grossezza di un pollice in seguito di una infiammazione flemmonosa (*Il Traduttore*)

(*ii*) Nel Museo Patologico di Pavia si trova un pezzo

rivare, che da una sola causa, cioè dal passaggio dei calcoli biliari E' veramente sorprendente il vedere la grossezza di alcuni calcoli che passarono anche nel duodeno: ciò servirà d'incoraggiamento a quelli che hanno la disgrazia di soffrire questa malattia.

Quanto alla *obliterazione* dei canali biliari veruno di essi è soggetto a quest'accidente; sono stati però osservati alcuni esempj a' quali si può assegnare le seguenti cause; primieramente una infiammazione violenta della membrana interna, la quale terminò coll' unire insieme i due lati di questa membrana: Quest'effetto deve avvenire più spesso dal passaggio verso il duodeno di un calcolo biliare di cui la superficie sia irregolare, e scabra. Si conoscono già aderenze di questa natura in altre parti del corpo in seguito di una infiammazione violenta, come p. e nella vagina. Un'altra causa che può agire sull'estremità inferiore del canale coledoco, e che può chiudere interamente la cavità, si è la infiammazione violenta del duodeno nell' imboccatura del canale, ch'è allora come avviluppato nella infiammazione. In questa circostanza la sua cavità può di leggieri cancellarsi. Una terza causa di questa *obliterazione* si è lo stato scirroso del pancreas, o qualunque altro accrescimento dell' estremità rotonda di questa ghiandola, che potrebbe allora comprimere l'estremità inferiore del canale coledoco, e distruggere la cavità. Non mi è accaduto di vedere simili *obliterazioni* se si eccettui quella del canale cistico; ma il Sig Sterer di Notingham, di cui il talento, e l'industria sono abbastanza conosciuti, ha avuto la bontà di parteciparmi due casi d'*obliterazione* dell'estremità inferiore del canale coledoco (*kk*).

---

che rappresenta il condotto epatico, cistico, coledoco, ed anche la cistifelea moltissimo dilatati, e riempiuti di bile spessita il soggetto era itterico (*Il Traduttore*).

(*kk*) Qualche volta fu osservata anche la ossificazione

SEZIONE VII.

Comunicazione non naturale fra la vescichetta del fiele, e lo stomaco.

Non è forse fuori di proposito il riferire qui una comunicazione che ho veduto fra la vescichetta del fiele, e la piccola estremità dello stomaco per mezzo di un corto canale: questo giuoco della natura è raro, ma sonosi veduti altri esempj.

SEZIONE VIII.

Calcoli biliari.

Un fenomeno patologico che frequentemente incontrasi nelle sezioni dei cadaveri si è l'esistenza di calcoli biliari nella vescichetta, o ne' canali biliari. La vescichetta è spesso riempiuta, e assai distesa nello stesso tempo; le tonache sono allora assai ingrossate, effetto che proviene in parte dalla compressione ch'esercitano su di esse i calcoli biliari accumulati al di dentro, ed in parte dagli sforzi contrattili della vescichetta per espellerli. Il numero dei calcoli raccolti nella vescichetta può essere assai grande; più di mille trovati in una sola vescichetta si conservano nella collezione del Dott. Hunter. Quando non è che un solo calcolo nella vescichetta può avere un gran volume. Ho veduto uno che aveva la grossezza almeno di un uovo di pollo: questi calcoli solitarj hanno ordinariamente una forma ovale, ma allorchè sono nu-

---

del condotto coledoco. Soemmering (Trad. Tedesc.) riferisce un caso in cui vide questo condotto in più punti ossificato (*Il Traduttore*).

merosi lo strofinamento dà loro diverse faccie; ed angoli (*ll*).

Vi ha una gran varietà nei colori dei calcoli biliari. Alcuni sono bianchicci, altri neri, altri giallicci, verdognoli, di un bruno poco carico, e di un bruno rossiccio; tali sono i principali loro colori. Sonvi è vero gradazioni di colori assai varie, ma sarebbe molto difficile il descriverle: i calcoli biliari differiscono ancora secondo ch'è liscia, o aspra la loro superficie, essendo alcuni perfettamente liscj, altri tuberosi.

Rompendo, o tagliando i calcoli biliari si trovano formati esternamente di lamine concentriche, che racchiudono un nocciolo di un tessuto disposto a raggi; la proporzione fra questo nocciolo, e le lamine concentriche è varia La tessitura dell'uno, e delle altre è qualche volta compatta, altre volte friabile: si presentano pure casi ove la tessitura disposta a raggi, e le lamine sono sì confuse, che i calcoli sembrano essere una massa uniforme e solida Spesso le lamine sono di una sostanza affatto differente dal nocciolo: non è raro il trovare la sostanza centrale composta da piccoli cristalli bianchi e brillanti, che assai rassomigliano al *mica*.

Poichè i calcoli biliari differiscono assai fra loro e per l'apparenza esterna, e per la tessitura, siamo naturalmente condotti a conchiudere che differiscano ancora per le loro proprietà chimiche. Su questo soggetto io nulla ardisco di positivamente pronunziare, ma tutti i saggi da me fatti mi portano ad adottare quest'opinione: pochissimi di questi calcoli hanno un sapore amaro, cosa che prova

---

(*ll*) Nel Museo Patologico di Pavia esistono due pezzi; uno de' quali consiste in una cistifelea assai dilatata e contenente un calcolo non infiammabile molto voluminoso. Il secondo consiste nel condotto cistico dilatato, e contenente diversi calcoli infiammabili In questo medesimo pezzo si osservano pure i condotti epatico, e coledoco moltissimo dilatati, con le loro pareti ingrossate (*Il Traduttore*).

che non risultano comunemente da bile spessita: ho nondimeno incontrato di quelli che avevano un sapore amaro molto intenso; quasi tutti fondonsi alla fiamma di una candela; ho trovato una sola specie di un colore nero, che invece di fondersi, abbrucciavano esattamente come un carbone (1).

Tutti i calcoli biliari di cui ho fatto il saggio sono solubili nell'acido nitrico; messi nell'acido solforico, ed esposti a bagno di sabbia si riducono in una polvere fina e nera. L'acido muriatico non ha alcuna azione su di essi alla temperatura ordinaria dell'atmosfera, e assai poca n'esercita pure coll'ajuto del calore continuato per lungo tempo.

La maggior parte dei calcoli biliari sono insolubili nell'olio di terebinto, ovvero la soluzione non si fà che assai lentamente alla temperatura ordinaria dell'atmosfera. Io mi sono assicurato della insolubilità perfetta di una specie particolare a questa temperatura. Esposti a bagno di sabbia in quest'olio soffrono un'azione assai sensibile: alcuni sono convertiti in una specie d'olio che si precipita al fondo di quello di terebinto: altri si fondono in parte dando al miscuglio un colore nericcio; l'altra parte si separa in polvere nera.

La più parte dei calcoli biliari sentono pochissimo l'azione dello spirito di vino alla temperatura ordinaria dell'atmosfera; ma tutti sono solubili, o interamente, o in parte al grado dell'ebullizione (2).

---

(1) Il Dott. Soemmering li riguarda come bile spessita: dice ancora che non hanno alcuna forma regolare, che hanno un sapore amaro, e che sono solubili nell'acqua. Io non sono giunto a scioglierli nell'acqua distillata fredda, o calda; ma sono amari, senza forma regolare, e senza cristallizzazione.

(2) Se si mettono i calcoli biliari nello spirito di vino bollente vi si formano col raffreddamento cristalli bianchi in tante lamine. Quando si mettono nello spirito di vino alla ordinaria temperatura dell'atmosfera passano alcune settimane avanti che incominci la cristallizzazione, e i cristalli sembrano avere una forma più acuta che nel caso precedente. Io credo che questi cristalli sieno stati osservati per la prima

Tali sono in generale i risultati de' miei proprj saggi; ma non parlo che con diffidenza sopra questo soggetto, il quale merita di occupare qualche abile Chimico che si trovasse nelle circostanze di fare l'analisi sopra un gran numero di calcoli biliari (1).

SEZIONE IX.

Della bile.

Trovasi la bile nella vescichetta del fiele diversa ne'differenti individui, ma questa varietà sì frequente dev' essere conforme alla natura, e perciò non si può incolpare una causa morbosa. Ella è qualche volta di color verde, tal altra di un giallo scuro, o di giallo puro; ma il giallo scuro è il suo più ordinario colore. E' sempre più, o meno viscida, e la varietà sotto questo rapporto è considerabile; pare più viscida in generale nell'uomo che nelle altre classi di animali. Io l'ho veduta in un caso filare come il muco della trachea, che si espelle colla tosse. Mi sovviene di un altro caso in cui la bile rassomigliava esattamente al bianco d'uovo. E' oggidì avverato che questa sostanza sia una delle parti costituenti la bile, quindi è probabile che le altre parti mancassero nel caso di cui si parla; mancanza che bisognerebbe attribuirla a un diffetto dell'azione secretoria della bile; ed in fatti il fegato era malato in questa circostanza, giacchè si vedevano tubercoli scrofolosi. Le ghiandole assorbenti del mesenterio erano affette dalla stessa malattia.

Si

---

volta dal Sig. Poulletier de la Salle. Ved. Elèm. de Chim., et Hist. nat par Fourcroy vol. 4 p. 354.

(1) Un calcolo biliare composto di una sostanza avente il colore di cioccolata esternamente, e di lamine internamente è stato analizzato dal Dott. Saunders, il quale ne ritavò una resina, una piccola porzione di terra apparentemente calcarea, soda, e alcali volatile. Ved. pag. 119 prima edizione.

Si trova sempre nell' apertura dei cadaveri la bile trasudata attraverse le tonache della vescichetta in quantità sufficiente onde tingere le parti vicine, soprattutto la piccola estremità dello stomaco, e il principio del duodeno, ma ciò è l' effetto della morte, e non della malattia. Le tonache della vescichetta avendo perduto parte della loro naturale consistenza in seguito della morte divengono permeabili alla bile, che cola allora, e tinge le parti vicine come abbiam detto.

SEZIONE X.

Vescichetta del fiele distesa dalla bile.

La vescichetta del fiele è qualche volta distesa dalla bile a segno d'acquistare un volume da eguagliare due volte quello che ha naturalmente. Altre fiate è vuota affatto di bile, è allora ridotta ad un picciolissimo volume, e compare bianca.

SEZIONE XI.

Idatidi della vescichetta del fiele.

Si osservò la vescichetta del fiele eccessivamente distesa da idatidi (1); un tale fenomeno è però assai raro.

SEZIONE XII.

Mancanza della vescichetta del fiele.

Fu veduto un vizio di conformazione, per cui

(1) Ved. comunic Med. Vol I pag. 105.

interamente mancava la vescichetta del fiele (1). Non vidi un caso di simil natura, ma lo si può credere di leggieri, riflettendo che la vescichetta del fiele non eseguisce una funzione di assoluta necessità al corpo animale: essa manca naturalmente in molte classi di animali (*mm*).

SINTOMI.

Non si conoscono sintomi esclusivamente proprj alla infiammazione delle tonache della vescichetta del fiele: è probabile che non differiscano da quelli della infiammazione dell'invoglio membranoso del fegato.

La chiusura sia del canale epatico, sia del canale coledoco produce l'itterizia, ch'è allora necessariamente permanente, giacchè la causa da cui dipende non si può togliere. Sarebbe assai difficile il distinguere quest'itterizia da quella prodotta dall'induramento del fegato nello stato tubercoloso, riflettendo che la causa è sì nell'uno che nell'altro caso del pari permanente. La chiusura del canale cistico solo non cagiona l'itterizia, nè alcun grave inconveniente, a meno che la bile accumulandosi nella vescichetta non irriti le di lei tonache. Se ciò accadesse potrebbero seguire la infiammazione, e la suppurazione. Ho veduto un'ulcera della vescichetta del fiele che mi sembrava derivare da questa causa.

I calcoli biliari rimangono per lungo tempo nella vescichetta del fiele, senza che niente deter-

---

(1) Ved. Trad. Ted. di Soemmering pag 150.

(*mm*) Morgagni (de sed etc epist. 48, art. 55.) vide mancare la vescichetta del fiele in un fanciullo che aveva il fegato doppio (*Il Traduttore*).

anni la loro sortita pel canale cistico, o pel canale coledoco, e cagionano poco, o nessun dolore. Avviene sempre di trovare calcoli biliari nella vescichetta dopo la morte, senza che la loro esistenza fosse stata sospettata durante la vita Il loro passaggio dai canali produce un dolore eccessivo, che ordinariamente si riferisce alla cavità dello stomaco L'intensità di questo dolore è proporzionata alla grossezza dei calcoli, e sorpassa sempre quella della infiammazione delle parti più sensibili del corpo. I malati mandano grida d' angoscia, e danno al loro corpo le contorsioni più sforzate. Il polso sembra qualche volta celere durante gli accessi di questo dolore, ma ordinariamente non cangia il suo naturale ritmo. La molestia, il languore, il vomito, il giallore più, o meno carico della pelle accompagnano sempre questo stato patologico.

CAPITOLO XIII.

STATI PATOLOGICI DELLA MILZA.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione delle tonache della milza.

Le tonache della milza sono soggette ad infiammarsi, ma ciò non accade senza che la tonaca peritoneale delle parti circonvicine sia presa dalla medesima affezione Esistono rapporti sì intimi fra la capsula propria della milza, e la porzione del peritoneo che la ricuopre, cosicchè quest' ultima non può essere affetta senza che ne risenta la prima. I caratteri della infiammazione di questo

darti non differiscono da quelli che abbiamo già sì spesso descritti : numero accresciuto di vasi sanguigni, ingrossamento delle membrane, stravaso di linfa coagulabile sulla loro superficie.

SEZIONE II.

Aderenze.

Sono più frequenti le aderenze fra la milza, e le parti circonvicine di quello sia lo stato infiammatorio di quest'organo, o delle sue appendici. Una membrana bianca, trasparente, di una solidità più o meno grande costituisce queste aderenze, e attacca più o meno strettamente al diaframma la larga superficie della milza: sovente ancora queste aderenze la uniscono alla grande estremità dello stomaco, e la porzione trasversa del colon.

SEZIONE III.

Infiammazione della sostanza della milza.

È assai raro il vedere la sostanza della milza infiammata, o in suppurazione: si riportano nondimeno alcune osservazioni (1) (*nn*). Si citano pure

---

(1) Lieutaud vol. 1. pag 222.

(*nn*) Quantunque l'autore creda assai rara la suppurazione della milza, pure leggo molti esempj riferiti da Conradi (Op. cit T 4 part 1. pag. 280) Nel cadavere di una vecchia donna, la quale per molti anni andò soggetta all'isterismo si trovò la milza interamente ridotta in marcia. In un giovane cachetico si osservò la milza che conteneva trenta libbre di marcia Un uomo che per otto mesi soffrì una febbre quartana, e che poscia sembrò ascitico per cui si fece la paracentesi, aveva la milza suppurata: nell'operazione invece di acqua sortì pura marcia che proveniva appunto dalla milza, la quale oltre ad essere suppurata aveva un volume tale che

alcuni esempj di cancrena di questa sostanza; ma io credo, che simili casi sieno ancora più rari (1).

SEZIONE IV.

Milza divenuta assai molle.

La mollezza della milza è sì frequente che non si può riguardare come uno stato patologico quantunque si allontani dalla naturale tessitura. Questa mollezza della milza è qualche volta tale, che la sua sostanza pare (dopo la stracciatura della sua capsula, di cui la consistenza è allora assai debole) altro non essere, che un muco rossiccio contenuto in un tessuto spugno-fibroso. Questo stato della milza quasi mai si vede nella infanzia, e nell'adolescenza, ma assai spesso nella età media, e nella vecchiaja. Io non credo che alcun senso particolare accompagni questo stato della milza, e che le persone provino malattia di sorta; sembrami probabile che assai poco disordine risulti nell'economia animale in generale: bisogna nondimeno rimarcare che questo stato è morboso, ma non quello che produca la decadenza lenta, e graduale del corpo umano (*oo*).

---

occupava tutta la cavità addominale. Fantoni racconta il caso di un ascesso che scoppiò al bellico, ed aveva il suo fondo nella milza. Il soggetto di questa osservazione era una donna, la quale si ristabilì in salute, e dopo cinque anni morì. Nel suo cadavere non si ritrovò la milza, ma bensì cicatrici nelle vicine parti con cui si era conglutinata. Coxe (Journ. de Med. 1790. Février n. 6) ritrovò in un uomo la milza; e lo stomaco conglutinati insieme, e la marcia raccolta nella milza versata nello stomaco. Era tutta cava e lo stomaco sano sino al punto della sua conglutinazione colla milza (*Il Traduttore*).

(1) Lieutaud Vol I pag 223.

oo) Morgagni (Op cit epist. 25 art 10) trovò in una donna di cinquant'anni circa la milza assai piccola, e tagliandola fluiva la sua sostanza (*Il Traduttore*).

SEZIONE V

Induramento della milza.

La milza è qualche volta molto più dura, che nello stato naturale, il suo volume è nello stesso tempo assai accresciuto, e giugne in qualche caso al segno di essere sei volte più grosso di quello sia nello stato di salute Questa immensa grossezza la fa sporgere all' esterno, di modo che col solo tatto si può schiarirsi sulla sua natura durante la vita. L' incisione di una siffatta milza fa vedere che la tessitura naturale è conservata, se non che vi ha una consistenza maggiore, e un avvicinamento più intimo delle parti.

Comunemente si riguarda questo stato della milza come scirroso, ma non rassomiglia per la sua tessitura allo scirro delle altre parti; resta dunque a determinare, se questo stato appartenga veramente allo scirro della milza, ovvero se debbasi considerare come prodotto da una particolare malattia. Quest' alterazione della milza, è spesso accompagnata da effusione d' acqua nella cavità addominale.

SEZIONE VI.

Tubercoli della milza.

Ho veduto uno, o due esempj di tubercoli sparsi nella sostanza della milza, e che molto rassomigliavano ai tubercoli scrofolosi dei polmoni Erano separati gli uni dagli altri da distanze presso a poco eguali, e non formavano masse dal loro miscuglio, od unione. Non mi sovviene di aver veduto alcuno in suppurazione.

SEZIONE VII.

Tonache della milza cartilaginose.

Le tonache della milza si convertono qualche volta in cartilagine; alterazione morbosa che in qualche modo è propria a questo viscere, ed almeno vi va più soggetto di qualunque altro

Questa cartilagine ordinariamente si trova sulla faccia convessa della milza, ed occupa una parte più o meno grande. La sua grossezza varia assai nei diversi casi: ora ha quella di una moneta di 24 soldi, ed ora è quattro volte più grande. La forma più ordinaria è quella di uno strato sottile, ma questa è spesso irregolare In alcuni casi ho osservato che la cartilagine si era formata qua e là sopra tutta la superficie della milza in piccole lamine. E' verisimile che questa cartilagine qualche volta si ossifichi, ma a me non toccò di vedere esempio alcuno (1) (*pp*). La cartilagine in cui si cangiano le tonache della milza rassomiglia più alle tonache degli orecchj, e del naso di quello che alle cartilagini delle estremità delle ossa, quantunque sia ordinariamente più bianca. Quest' alterazione morbosa dev' essere di un lento progresso, e non può produrre alcun impedimento alle funzioni della milza. E' probabile che la persona non sia avvertita da alcun senso particolare.

---

(1) Morgagni ha veduto un' ossificazione della capsula della milza; epist 10. artic. 19., epist 14 art. 23

(*pp*) Nel Museo Patologico di Pavia ho osservato due pezzi di milza ossificata lunghi tre pollici circa, e larghi uno e mezzo (*Il Traduttore*).

SEZIONE VIII.

Grossezza eccessiva della milza.

Incontrasi spesso la milza assai più grossa del naturale, ma senza alcuna alterazione di tessitura. Ciò accade più spesso in questo viscere che in qualunque altro.

Quantunque si possa riguardare questo stato della milza come un'accrescimento eccessivo piuttostochè come una malattia, nulladimeno può incomodare assai alterando gli altri visceri con una continua pressione (*qq*).

SEZIONE IX.

Idatidi della milza.

Qualche volta si trovano nella milza idatidi (1): la loro natura è analoga a quella delle idatidi del fegato, ma questo vi va assai più spesso soggetto

SEZIONE X.

Concrezioni pietrose della milza.

Si riferiscono alcuni casi di concrezioni pietrose

(*qq*) Molti sono gli esempj di straordinario volume della milza. Fra' tanti che riporta Conradi (Op cit.) quello di Bosco è sorprendente: questi riferisce il caso di una milza del peso di trentatre libbre. Io pure ne ho veduto una del peso di sei libbre senza la minima alterazione del suo tessuto: aveva la figura di una lingua, e dall'ipocondrio sinistro giugneva sino all'inguine dello stesso lato. Il soggetto era macilente, soffriva spesso l'epistassi, e tutte le funzioni del tubo intestinale erano alterate (*Il Traduttore*)

(1) Morgagni Epist. 38. Art. 34.

nella milza (1); ma questi casi devono essere molto rari: io non ho veduto esempio alcuno.

SEZIONE XI.

Rottura della milza.

Sono state osservate rotture di milza in conseguenza di un colpo, o di una forza comprimente qualunque applicata esternamente alla regione ov'è situato quest'organo. Allorchè la milza non ha che l'ordinario volume un simile accidente non può che difficilmente accadere, giacchè le coste del lato sinistro perfettamente la difendono, ma se in vece il volume è aumentato in guisa che discenda nella cavità addominale, e che i suoi margini superino le coste inferiormente, ed anteriormente, la lesione può avvenire assai facilmente.

SEZIONE XII.

Diverse piccole milze.

La conformazione primitiva della milza varia in una maniera ch'è propria a questa ghiandola. Questa varietà di conformazione consiste in un numero grande di piccole milze oltre quella ch'è naturale. La loro grossezza diversifica molto nei differenti casi: ho veduto una che aveva la grossezza di una noce. Esse si trovano situate nell'epiploon vicino alla grande estremità dello stomaco. L'arteria splenica fornisce loro il sangue che ritorna per mezzo della vena di questo nome; la loro tessitura non differisce da quella della milza naturale E' inutile il soggiungere che relativamente alle funzioni che riem-

(1) Lieutaud Volum. 1. pag. 235.

pie la milza non può risultare alcuna differenza dal consistere quest' organo in un sol corpo, o in più corpi distinti, e più piccoli in ragione del loro numero.

SEZIONE XIII.

Mancanza della milza.

Sono stati riferiti alcuni esempj di un vizio di conformazione (1), per cui la milza mancava interamente, ma questi esempj sono rarissimi. Noi sappiamo che un animale non solamente può esistere, ma eziandio godere di una buona salute senza avere la milza. Fu fatta l'esperienza di estirpare questa ghiandola a un gran numero di quadrupedi senza che fossero incomodati in verun modo. Sonvi esempj ancora della sua estirpazione dal corpo umano, in cui questa estirpazione lungi da esser funesta non ha impedito ai soggetti di godere della migliore salute: non è dunque sorprendente che il corpo umano sia in certi casi naturalmente sprovvisto di quest' organo, senza che alcun difetto si osservi nelle funzioni vitali.

SINTOMI.

La infiammazione delle tonache della milza è caratterizzata da que' sintomi medesimi che accompagnano la infiammazione di quella porzione di peritoneo che tappezza l'ipocondrio sinistro Provasi in questa regione un dolore ch'è più o meno vivo secondo l'intensità della infiammazione, ed il quale colla pressione rendesi ancora più vivo. Se la infiammazione è assai violenta vi sarà un'affezione generale del sistema, e probabilmente anche difficoltà di respiro.

---

(1) Lieutaud Volume I. pag. 234.

I sintomi che furono descritti come appartenenti alla infiammazione della sostanza della milza sono il dolore all' ipocondrio sinistro, ed una pienezza che sentesi in questa parte; il dolore aumenta colla pressione, ed il sistema prova quell' affezione generale che dicesi febbre sintomatica. In due casi d' infiammazione della milza che terminarono in suppurazione, e di cui le conseguenze furono esaminate dal fu Dott Giovanni Hunter, i soggetti non potevano riferire il dolore in alcuna sede particolare e ben determinata; questo dolore sembrava loro errare per tutta la cavità dell' addome. Sarebbe utile che si decidesse se questo sia un carattere costante della infiammazione della milza, ma per fortuna la rarità di questa malattia dee riservare ad un' epoca assai lontana ogni certezza sopra questo soggetto.

L' induramento, e l' accrescimento della milza non si fanno conoscere, ma nemmeno si sospettano, fino a che i progressi della malattia non facciano sentire all' esterno queste alterazioni, e ne discoprino la natura. Questo stato patologico non è ordinariamente accompagnato da dolore, e può anche sopportare una compressione assai forte senza alcuna dolorosa sensazione. La situazione e la forma del tumore decidono della sua natura, allorchè l' accrescimento della milza giunge sino ad un certo punto. Si può facilmente allora distinguere il suo margine anteriore applicando la mano sulla superficie dell' addome sotto le estremità delle coste del lato sinistro: spesso ancora mercè questo esame si distinguono alcune incavature di questo margine: tale stato della milza in fine sovente trae seco l' idropisia.

La formazione delle idatidi nella milza non è caratterizzata da sintomi particolari. E' vero che si

prova in simili casi un dolore nell'ipocondrio sinistro, ma questo essendo il sintoma comune di quasi tutte queste affezioni non solo, ma anche di quelle delle altre parti, non può servire di guida per la diagnosi. Allorchè una intumescenza molle al tatto si fa sentire nell'ipocondrio sinistro, e che lentamente si estenda nella cavità addominale dando nello stesso tempo un senso oscuro di fluttuazione; vi ha tutta la ragione di credere, ch'essa si debba ad una formazione d'idatidi nella milza.

CAPITOLO XIV.

STATI PATOLOGICI DEL PANCREAS.

Il pancreas va soggetto a molto poche affezioni morbose, e la sua tessitura si trova di rado alterata nell'apertura de' cadaveri.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione del pancreas.

Il pancreas assai di rado s'infiamma, io lo vidi una sola volta nello stato di ascesso: era allora assai più grosso che nello stato sano, e conteneva molto pus liquido.

SEZIONE II.

Induramento del pancreas.

Non è raro di trovare il pancreas assai indurato; egli è nello stesso tempo più grosso, e più

corto di quello suol essere in istato di salute; non sembra però alla vista molto alterato nella sua tessitura: io credo che questo stato non sia, che il principio dello scirro del pancreas. Di rado, è vero, lo stato scirroso esiste nello stesso tempo; ho veduto però alcuni esempj, ed è ciò appunto che mi persuade a credere l'uno come principio dell'altro. Allorchè una porzione qualunque del pancreas si trova nello stato scirroso ha già perduto interamente la sua naturale tessitura, ed è convertita in una massa dura, uniforme, reticolata da una membrana rassomigliante in tutto allo scirro delle altre parti del corpo. in alcuni casi di questa natura fu trovato di un volume eccedente il naturale (*rr*).

SEZIONE III.

Calcoli del pancreas:

Qualche volta si formano calcoli ne'canali del pancreas: un solo esempio si presentò alla mia osservazione. In questo caso i calcoli avevano la grossezza di un'anima di nocciuola, di una superficie assai irregolare, e di un colore bianco: uno di questi calcoli messo nell'acido muriatico si è disciolto sviluppando molta aria.

Questi calcoli differiscono dunque assai dai calcoli urinarj. E' probabile che il pancreas dia origine a calcoli di cui la natura differisca ne'diversi casi, come accade in altre parti del corpo umano, ma questa malattia essendo assai poco frequente bisogna attendere lungo tempo per decidere su questo proposito.

(*rr*) Morgagni (Op cit. epist. 30 art 10.) riferisce il caso di un pancreas ingrandito, duro, e quasi cartilagineo. Il soggetto ch'era di una robusta costituzione soffriva continuo vomito (*Il Traduttore*).

SEZIONE IV.

Mancanza del pancreas.

È stato riferito che il pancreas in alcuni casi di conformazione diffettosa interamente mancava (1).

SINTOMI.

Una sola volta m'accadde di vedere in un giovane di vent'anni l'ascesso del pancreas. Non si lagnava di verun dolore fisso nella regione di questo viscere, ma bensì di uno molto intenso in diverse parti dell'addome, aveva nello stesso tempo contrazioni spasmodiche del canale intestinale, che racchiudeva aria raccolta in globi, i muscoli addominali erano parimente agitati da contrazioni spasmodiche, il malato provava uno sconcerto, ed una distensione dello stomaco, specialmente dopo avere mangiato, e l'alimento vi produceva un senso di peso: spesso scaricava il ventre, orinava poco, ed in fine divenne idropico. I suoi polsi davano ordinariamente ottanta battute (2). In certi casi d'ascesso del pancreas descritti ne' libri trovo che le persone si lagnavano di un dolore al dorso e ai lombi, ma pare che non avessero alcun sintoma particolare.

L'induramento del pancreas non è caratterizzato per quanto io creda da un dolore assai marcato, ma accade che il pancreas aumenti di volume nel tempo medesimo che s'indura, e che passa ancora, quantunque di rado, allo stato scir-

---

(1) Lieutaud vol 1 pag 247.

(2) Io debbo al Dott. Heberden la conoscenza di questi sintomi.

roso: in simili circostanze vi ha un dolore fisso, e persistente nella regione epigastrica con perturbamento del ventricolo. In un caso di cui solamente ho sentito parlare vi era oltre questi sintomi un dolore nelle anche con torpore della coscia, e della gamba di un lato.

Io ignoro i sintomi che produce la formazione dei calcoli nel pancreas Se i calcoli sieno liscj, e poco numerosi non risulterà probabilmente che pochissimo dolore, od inconveniente; ma al contrario se sono numerosi, ed abbiano la superficie aspra produrranno necessariamente molta irritazione, e dolore, a meno che alcuni di questi calcoli entrando nel duodeno non si rigettino colle feccie.

CAPITOLO XV.

STATI PATOLOGICI DEI RENI, E DELLE LORO CAPSULE.

SEZIONE PRIMA.

Infiammazione delle capsule de' reni.

Non mi sovviene di avere veduto alcuna affezione infiammatoria della capsula propria dei reni, e credo che la infiammazione di questa membrana accada di rado. La ragione probabilmente si è, che la porzione del peritoneo ripiegata sopra i reni non aderisce ad essi intimamente, ma esiste fra loro molto tessuto celluloso, e grasso, come sembra probabile d'altra parte, che le capsule di alcune ghiandole dell'addome non s'infiammino sì spesso.

se non a causa dello stretto legame che hanno con questa membrana, che si sa essere assai soggetta ad infiammarsi per certe ragioni che s'ignorano. La infiammazione delle capsule dei reni è caratterizzata dalle circostanze, che abbiamo già si spesso descritte.

SEZIONE II.

Ascesso dei reni.

La infiammazione della sostanza dei reni termina spesso in suppurazione, nessun'altra delle grosse ghiandole del corpo dà sì sovente origine alla formazione di ascessi.

In alcuni casi di questa natura da me veduti gli ascessi mi parvero non essere che una semplice suppurazione, ma nel maggior numero erano scrofolosi.

Allorchè i reni sono attaccati da scrofole, e che la malattia siasi avanzata verso la suppurazione, la loro apparenza varia secondo che questo stato è più, o meno avanzato. Qualche volta non è che uno, o due ascessi circonscritti, contenenti un pus grumoso, senza che vi si scorga alcuna cosa di particolare sopra la superficie interna di questi ascessi. In molti casi però questa superficie è tappezzata da una sostanza polposa. Simili ascessi distruggono ordinariamente prima la parte *tubulare* dei reni, ed in seguito per un progresso ulteriore tutto il parenchima di questi organi, cosicchè si convertono in una capsula che non racchiude se non la materia polposa che li veste.

La capsula in cui si cangiano i reni per i progressi di questa malattia è più grossa in alcuni casi che in altri; spesso acquista ancora una considerabile durezza, e qualche volta anche si osserva in lamine: Allorchè un rene è in tal modo affetto, avviene più commemente che la pelvi, e l'uretere

se ne risentano, e che si formi un calcolo nell' ascesso, o nella pelvi, o nell' uretere (1) (ss).

SEZIONE III.

Tubercoli scrofolosi dei reni.

Non è raro il vedere tumori scrofolosi ne' reni come più sopra l'abbiamo detto, ma non è lo stesso dei tubercoli scrofolosi, l' esistenza dei quali ne' reni è assai poco comune: io ho veduto nondimeno un esempio, in cui i tubercoli rassomigliavano a quelli dei polmoni; non eravi alcuno suppurato.

SEZIONE IV.

Scirro dei reni.

Ho veduto una sola volta un rene convertito in una sostanza solida di un colore nericcio, uniforme, interrotta da un tessuto membranoso, e senz' alcuna traccia della primiera tessitura di quest' organo; il suo volume era molto cresciuto. Io chiamo quest' alterazione scirro dei reni, giacchè perfettamente rassomigliava allo scirro delle altre parti, ma i reni sono assai di rado la sede di un'affezione di questo genere.

---

(1) È probabile che in questi casi il calcolo sia la causa occasionale della malattia, alla quale la costituzione era già predisposta. L' infiammazione, e la suppurazione sono prodotte dall' irritazione del calcolo, e la predisposizione del sistema determina la natura della suppurazione.

(ss) Nel Museo Patologico di Pavia ho veduto un rene di cui la sostanza era interamente distrutta, e rappresentava una vera vescica (*Il Traduttore*).

SEZIONE V.

Stato de' reni nel diabete.

Non spesso si offre l'occasione di esaminare lo stato dei reni in seguito di questa malattia. Io nondimeno ho osservato un caso nella maniera la più soddisfacente nell'Ospitale di S Giorgio, ove prestai le mie cure ad una persona da questa malattia attaccata Le vene dei due reni erano assai più piene di sangue che nello stato naturale, e formavano sulla loro superficie un bellissimo tessuto in forma di rete: tutta la sostanza dei reni era assai più vascolosa che nello stato sano, e presentava presso a poco l'aspetto infiammatorio. Eravi nell'uno, e nell'altro un liquido bianchiccio rassomigliante al pus, ma senza alcuna traccia d'esulcerazione; l'arteria, le vene, e i vasi linfatici di tutti due erano nello stato naturale Ho nello stesso tempo esaminato con molt'attenzione il fegato, giacchè è stato sospettato essere l'origine principale del diabete, ma lo trovai perfettamente sano: ho ancora esaminati lo stomaco, e gl'intestini con una scrupolosissima attenzione, ma nulla vidi di straordinario Mi sembra probabile dopo un attento esame dei reni, che il diabete dipenda dall'alterata azione secretoria dei reni, per cui il sangue è disposto a nuove combinazioni. Il risultato di queste combinazioni si è la produzione di una materia zuccherosa: mi pare ancora probabile che il chilo sia nello stesso tempo male elaborato, e che questo difetto o perversione della chilificazione disponga il sangue a convertirsi in materia zuccherosa dalla cangiata azione dei reni E' con molta diffidenza che dò questa opinione (*tt*)

(*tt*) Il Prof. Giuseppe Frank (Rat. inst clin Ticin. part. 2. pag. 79) ottenne da vintiquattro libbre d'urina di un

SEZIONE VI.

Reni ammolliti.

Ho osservato i reni convertiti in una massa molle, poco consistente, rassomigliante perfettamente alla spugna ordinaria. La loro superficie presentava diverse cavità rotonde con piccoli interstizj, e presso a poco eguali; incidendo si vedeva la tessitura all' interno spugnosa: le ramificazioni dei vasi sanguigni dei reni erano sufficientemente distinte in questa massa: non vi era pus, nè la minima apparenza di suppurazione; l'azione morbosa differiva totalmente da quella della suppurazione, e consisteva probabilmente in una eccessiva, e disordinata energia dei vasi assorbenti, la quale aveva consumata una porzione considerabile della sostanza dei reni, più della corticale, che della tubulosa Io reputo di non esagerare dicendo che la sostanza dei reni aveva in questo caso la mollezza di una spugna ordinaria. Questo tessuto alterato dei reni si separava colla semplice agitazione nell' acqua in pezzi sottili, presso a poco come lo farebbero l' estremità intralciate dei vasi sanguigni della placenta: ho veduto due, o tre altri esempj di questa patologica alterazione in minor grado.

---

diabetico ventisei oncie di sostanza zuccherosa. Anche l' illustre Prof Marabelli (Opera suddetta part 2 pag. 123) ricavò da egli libbra d' urina un' oncia di principio zuccheroso (*Il Traduttore*).

SEZIONE VII.

Idatidi dei reni.

Spesso si trovano idatidi ne' reni: non di rado si videro una, due, o più grosse idatidi nella capsula, e nella sostanza di essi. Queste idatidi non mi sembrano essere della stessa natura di quelle del fegato. Esse non sono contenute entro forti cisti, le loro tonache sono più sottili, e meno polpose; sovente pure la loro grossezza non eccede quella della più sottile membrana del corpo. Io non mi rammento di avere veduto piccole idatidi di questa natura attaccate a più grosse come spesso succede nel fegato, è dunque probabile che le idatidi che trovansi ordinariamente ne' reni risultino da un'alterazione morbosa delle parti, e non da un'organizzazione particolare di animali semplici, e distinti.

In alcuni casi però la vera idatide si forma ne' reni e non presenta alcuna differenza paragonata a quella del fegato. Io ho messo a profitto un'occasione che mi si è offerta di esaminare colla più grande attenzione un caso di questa natura dopo morte, e descriverò qui le circostanze di simile osservazione. La cisti aveva una grossezza considerabile, una struttura in forma di lamine, e una durezza cartilaginosa sopra la superficie interna. Le idatidi di cui conteneva un gran numero differivano in grossezza da una picciola melarancia sino ad una testa di spilla. Alcune piccole idatidi si trovarono situate in piccole cavità formate sopra la superficie interna della gran cisti: le loro tonache erano di leggieri separabili in due lamine, e differivano molto fra loro in grossezza. A motivo di questa differenza alcune sembravano trasparenti, altre opache, e spesso la trasparenza, o l'opacità variava da una parte all'altra

della tonaca della medesima itatide. Alcune avevano gruppi d'idatidi più piccole aderenti alla loro superficie interna, che rassomigliavano a primo aspetto alle perle, altre contenevano idatidi di una grossezza considerabile ondeggianti nelle loro cavità; erano finalmente di quelle, alcune delle quali contenevano soltanto un liquido trasparente, ed altre un liquido rassomigliante al siero di latte. Diverse più picciole idatidi furono espulse coll'urina durante la vita. Era d'uopo di una forte azione dei muscoli onde spingerle dall'uretra; e la vescica, come in altri casi di ostruzione, acquistò per quest'azione una tonaca muscolosa più forte (1).

SEZIONE VIII.

Calcoli dei reni.

La formazione dei calcoli non è esclusivamente propria dei reni, ma essi sono però la sede più ordinaria di questa malattia che qualunque altra parte del corpo. Si trovano spesso grani calcolosi nella parte tubulosa del rene, ora con infiammazione, ed ora senza; ma è più frequente il trovare un grosso calcolo situato nella sostanza del rene, o nel bacinetto dell'uretere.

L'uretere è più sovente la sede, e allorchè il calcolo è assai grosso che non possa passare da questo canale s'ingrandisce pel continuo contatto dell'urina seguendo le ramificazioni del bacinetto, che si nominano imbuti, e acquistando in conseguenza una forma d'albero. Questi calcoli variano molto in colore, e in superficie: qualche volta sono di un colore bruno pallido, altra volta di un bruno

---

(1) Il Sig. Rose giovane Chirurgo industrioso mi fornì l'occasione di esaminare quest'alterazione patologica: io gli debbo buon grado per molte preparazioni patologiche.

carico, e qualche altra di un colore bianchiccio; la loro superficie può essere liscia, od aspra Riguardo alla natura dei calcoli noi tratteremo allorchè si parlerà degli stati patologici della vescica. Quando un calcolo nel bacinetto ha acquistato una certa grossezza impedisce quasi interamente il passaggio dell'urina dall'uretere: l'urina si accumula dunque nel bacinetto sopra il calcolo, lo ingrandisce di molto, come pure la cavità stessa del rene. La distensione ch'esercita l'urina dietro il calcolo non solo allarga il bacinetto dell'uretere, ma lo spinge anche molto fuori dalla sostanza del rene. Se l'impedimento al passaggio dell'urina dipende da qualche ostruzione all'estremità inferiore dell'uretere, o al collo della vescica, o nell'uretere medesimo, allora non solamente il bacinetto è accresciuto di capacità, ma ancora l'uretere. Ho veduto i due ureteri acquistare due volte la loro natural capacità. Se il bacinetto dell'uretere è considerabilmente cresciuto, qualunque siasi la causa, la cavità del rene aumenta nello stesso tempo. A misura che questo stato progredisce la sostanza del rene diviene di più in più compressa, e la sua cavità s'ingrandisce in proporzione. La sostanza del rene finalmente scompare, e non resta di quest'organo, che una capsula la quale contiene un numero di cellule comunicanti l'una coll'altra. Questa capsula è spesso molto sottile, e di un volume assai eccedente quello del rene nello stato di salute. Una cosa assai rimarcabile si è che la secrezione dell'urina continua a farsi quantunque il rene siasi del tutto disorganizzato, come si osserva nel caso di cui si tratta, egualmente che in quello in cui i reni si trovano convertiti in una massa d'idatidi. Sembra dopo questi fatti che una assai picciola parte della tessitura naturale dei reni basti per operare la secrezione dell'urina, ovvero che questa secrezione possa farsi da un apparato affatto diverso. Senza nulla affermare su di ciò noi ci permetteremo solamente di dire che l'urina non

essendo se non se un semplice fluido escrementizio, ha soltanto bisogno di essere separato dal sangue senza subire alcuna di quelle operazioni, o di quelle combinazioni di cui possono avere d'uopo altri fluidi da secernersi; e questa separazione può farsi da un apparato più semplice, e in circostanze più varie, che non lo può la secrezione di altri fluidi di una natura più complicata.

SEZIONE IX.

Degenerazione dei reni in materia ossea, o terrea.

Fu riferita la degenerazione terrea dei reni (1): è stata descritta anche l'ossificazione di un rene (2); ma nessuno di questi casi si presentò alla mia osservazione: devono essere riguardati come assai rari.

SEZIONE X.

Varietà di conformazione primitiva dei reni:

La natura si permette una certa latitudine nella conformazione primitiva dei reni per cui li fa assai variare. Qualche volta i due reni sono riuniti in un sol corpo che può trovarsi situato avanti le vertebre lombari, ovvero nell'uno, o nell'altro lato del bacino, altre volte il loro volume è assai piccolo, e sovente non vi è che un solo: in questo ultimo caso il rene unico è di un volume assai più considerabile che nello stato ordinario (*uu*).

---

(1) Lietaud. Vol. I pag. 282.

(2) Comunic. med Vol I p. 416.

(*uu*) Nel Museo Patologico di Pavia esiste un rene triplice con vasi arteriosi, venosi, ed ureteri pur triplici. Nel soggetto non si trovò l'altro rene corrispondente. Morgagni

Sarebbe assai difficile l'assegnare la ragione di di questa diversità nella conformazione primitiva dei reni, ma l'esperienza c'istruisce che ne risultano pochissimi inconvenienti nell'esercizio delle funzioni.

La piccolezza naturale dei reni permette loro una varietà di situazione senza che ne avvenga sconcerto alcuno, e ogni situazione è per loro eguale, giacchè da questo cangiamento le loro funzioni per nulla si alterano.

Quando i reni non hanno il loro volume naturale la loro attività può supplire alla loro piccolezza, ovvero le persone possono sudare più delle altre, onde supplire al difetto dell'urina, giacchè noi sappiamo bene che le secrezioni del sudore, e dell'urina si compensano fra loro.

Allorchè non esiste che un sol rene è probabile che pel suo grande volume possa adempiere alle funzioni di tutti, e due.

SEZIONE XI.

Stati patologici delle capsule soprarenali.

Non si vede quasi mai alcuna alterazione morbosa delle capsule soprarenali. La sostanza nera del loro centro perde qualche volta della sua naturale consistenza, e prende una mollezza contro natura al grado di diventare quasi fluida. E' di questo probabilmente che parlano quegli Autori, i quali dicono avere trovato nelle capsule renali un fluido

---

(epist. 25, art. 4.) trovò nel cadavere di un Sacerdote mancare il destro rene, e senza la minima traccia de' suoi vasi; il sinistro era del volume naturale, e conteneva una idatide. Lo stesso Morgagni (epist. 57. art. 10.) ritrovò tutti, e due i reni ingrossati, e specialmente il destro, il quale insieme colla pinguedine che gli era attaccata eguagliava quasi il volume di una testa umana. In una vergine (epist. 36, art. 20) vide parimente tutti e due i reni tre volte maggiori del naturale (*Il Traduttore*).

rassomigliante all'inchiostro. Questo paragone oltrepassa la verità.

SEZIONE XII.

Ascesso delle capsule soprarenali.

Le capsule soprarenali sono assai poco soggette alla infiammazione, e perciò non si devono trovare ascessi che assai di rado. Vi è molta differenza fra le diverse parti del corpo umano quanto alla loro suscettibilità d'infiammarsi. Gli Autori riferiscono alcuni casi di ascesso delle capsule soprarenali.

SEZIONE XIII.

Scrofole delle capsule soprarenali.

Non mi avvenne di vedere che un solo caso di questa natura, in cui la capsula soprarenale affetta era considerabilmente accresciuta di volume, e aveva quasi acquistato la grossezza di un rene. La sua sostanza era stata convertita in una materia bianca rassomigliante a quella che trovasi in una ghiandola assorbente scrofolosa: fu osservata un'altra alterazione patologica delle capsule soprarenali per cui si convertirono in cartilagine: ma questo caso è poco frequente (1).

Furono trovati piccoli grani calcolosi nella sostanza delle capsule (2).

---

(1) Ved la Traduzione Ted. di Soemmering pag. 173.
(2) Ved. Lieutaud Vol. 1. pag. 286.

SINTOMI.

La infiammazione de' reni produce un dolore più o meno grande, che si fa sentire qualche volta lungo gli ureteri; havvi nello stesso tempo uno stupore nella coscia, e presso i maschj un ritiramento, e dolore del testicolo. Se non è che un sol rene affetto questi sintomi esistono solamente nel lato malato Provasi frequentemente il bisogno di urinare, e l'urina è spesso pallida, ma più sovente ancora di un rosso carico. Questo disordine dei reni attacca lo stomaco simpaticamente, d'onde risultano nausee, e vomiti: spesso pure vi ha costipazione di ventre, dolori colici, ed una febbre sintomatica accompagna sempre la malattia. Tosto che comincia la suppurazione l'urina è mescolata con pus; il che schiarisce sul progresso e la natura del male.

Ignoro i sintomi dello stato scirroso de' reni; gli autori non li hanno ben distinti.

Sembra non esservi sintoma che caratterizzi la formazione delle idatidi ne' reni; il dolore de' lombi, la febbre sintomatica, le nausee, e il vomito non possono essere riguardati come sintomi caratteristici, giacchè appartengono egualmente ad altre malattie. Non si può dunque assicurarsi della natura della malattia, se non dalla sortita di alcune idatidi dall' uretra. L'evacuazione dell' urina deve necessariamente provare qualche ostacolo dal soggiorno di una di queste idatidi nel collo della vescica, o in qualche punto dell' uretra.

I sintomi d' irritazione che eccitano i calcoli ne' reni non differiscono punto da quelli prodotti

dalla infiammazione di questi organi. Quest'irritazione può essere distinta nondimeno dalla semplice infiammazione da certi sintomi che non esistono in quest'ultimo caso, cioè da' cristalli rossi che si espellono coll'urina, da un miscuglio di sangue in questo fluido, dall'aggravio del dolore ne' lombi, che produce un movimento convulsivo del corpo.

Il diabete è caratterizzato da una soprabbondante urina, dal sapore più o meno dolce di essa, e dal suo colore rassomigliante al siero. Vi ha sete, e fame eccessiva; i polsi battono più frequentemente che nello stato naturale, ed il corpo si emacia.

CAPITOLO XVI.

STATI PATOLOGICI DELLA VESCICA.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione della tonaca peritoneale della vescica.

Quella porzione del peritoneo che riveste la vescica non è così di sovente infiammata idiopaticamente; essa non va esente da quell'affezione della membrana peritoneale in generale, di cui abbiamo parlato. La infiammazione della tonaca peritoneale della vescica non si estende spesso nella tonaca muscolare. Queste due tonache non hanno rapporti sì intimi l'una coll'altra, giacchè si trova molto tessuto celluloso interposto; le funzioni dell'organo richiedono questa disposizione, acciocchè la tonaca peritoneale possa accomodarsi agli stati di pienezza, o di vacuità della vescica. Un altro

vantaggio ancora che risulta da questa disposizione si è, che l'infiammazione si propaga difficilmente dal peritoneo alla tonaca muscolare; le conseguenze quasi costanti di quest'infiammazione sono aderenze che attaccano la vescica più, o meno strettamente alle parti circonvicine, alla matrice nelle donne, ed al retto negli uomini.

SEZIONE II.

Infiammazione della membrana interna.

La membrana interna della vescica va soggetta ad infiammarsi: essa può esserlo in tutta la sua estenzione od in un punto limitato, come ciò sovente accade vicino al suo collo. La più grande frequenza dell'infiammazione di questa parte è determinata da due cause: la prima consiste nelle ostruzioni al passaggio dell'urina, di cui la sede più comune è nelle vicinanze del collo della vescica; queste ostruzioni possono produrre irritazione ed infiammazione: l'altra causa è l'infiammazione dell'uretra che può estendersi nella cavità della vescica, od anche sopra tutta la sua superficie interna. Si sa benissimo che nel cadavere la membrana interna della vescica non offre all'osservatore vasi capaci di ammettere sangue rosso nel suo stato naturale, ma lo stato infiammatorio crea, o scuopre un numero prodigioso di vasi sanguigni di una grande tenuità, e vi si vede anche qualche macchia di sangue stravasato. Se l'infiammazione è assai forte la tonaca muscolare può risentirsi, ma la connessione poco intima di queste due tonache si oppone sempre, e per l'ordinario l'impedisce (*vv*).

(*vv*) Morgagni (epist. 40. art. 23.) vide la vescica internamente rossiccia, ed i vasi sanguigni scorrere qua, e là così distinti, come se fossero stati injettati con cera colorata, esternamente le fibre erano più rosse del solito (*Il Traduttore*).

SEZIONE III.

Ulcere.

L'infiammazione della membrana interna della vescica termina qualche volta in suppurazione, e in qualche caso nella formazione di ascessi, o di ulcere; questi esiti dell'infiammazione ordinaria non differiscono da quelli che abbiamo sì spesso descritti. La loro intensità basta qualche volta per consumare interamente una parte della vescica, e stabilire una comunicazione colle parti circonvicine, p. e. colla cavità dell'addome, o col retto nell'uomo, o colla vagina nella donna.

Allorchè la comunicazione si fa coll'addome, l'urina si effonde, e produce l'infiammazione generale del peritoneo di cui ho veduto un sorprendente esempio. Se la vescica si apre nel retto, o nella vagina, l'urina passa egualmente, e cagiona l'irritazione, e la infiammazione di queste parti

Gli ascessi della vescica derivano da una violenza locale, più spesso da una precedente, e spontanea infiammazione; la più comune di queste cause locali è l'operazione della litotomia. Se le parti sono state assai irritate durante l'operazione, o che la costituzione sia tale, che il grado ordinario d'irritazione vi determini un'azione violenta, le labbra della piaga si esulcerano, e quest'affezione più o meno si estende nella cavità della vescica.

Avviene qualche volta, ma di rado io credo, che la membrana interna della vescica si trovi del tutto distrutta da esulcerazione, e che le fibre della tonaca muscolare siano rese così visibili, e così distinte come lo farebbe la più fina dissecazione. Nel caso meglio marcato di questa natura ch'io mi rammenti di aver veduto la vescica era ripiena di un pus scrofoloso, vi era una materia bianca

come rappigliata mista con pus ; questa materia rassomigliava perfettamente a quella prodotta da una ghiandola assorbente scrofolosa.

SEZIONE IV.

Scirro , e cancro .

La contiguità della vescica con alcune parti soggette allo scirro, e al cancro è quasi la sola causa di tali affezioni in quest' organo , giacchè io credo che non lo sia isolatamente, o idiopaticamente che assai di rado. La malattia scirrosa , o cancerosa può estendersi dal retto , o dalla matrice nella vescica, e allorchè questa comunicazione morbosa accade, la vescica s' ingrossa , e s' indura ; essa presenta in fine tutti i caratteri dell' affezione cancerosa , e si stabiliscono sovente comunicazioni col retto , colla vagina , o colla matrice (*xx*) .

SEZIONE V.

Escrescenza fungosa .

S' inalzano qualche volta escrescenze fungose dalla superficie interna della vescica in una sola massa o in parti separate ; la loro tessitura è molle , e fibrosa ; la loro situazione dietro un po' il collo della vescica, ch' è la più frequente, deve necessariamente presentare una grande ostruzione al passaggio dell' urina : è d' uopo dunque in queste circostanze di grandi sforzi per parte della vescica , e la sua tonaca muscolare deve quindi ingrossarsi ; in fatti spesso si trova ingrossata. Nel caso in cui queste

---

(*xx*) Nel Museo Patologico di Pavia esistono due vesciche , l' una delle quali è tutta scirrosa ; la seconda è soltanto nel collo , e nel corpo trigono (*Il Traduttore*) .

fungosità non facciano alcuna ostruzione al passaggio dell'urina è probabile che un' irritazione continua eccitata dalla loro presenza determini un' azione più forte, e più frequente della tonaca muscolare, e produca in questo modo l'ingrossamento (*yy*).

SEZIONE VI.

Polipo della vescica.

Nasce qualche volta un polipo nella superficie interna della vescica, ma questo fenomeno è assai raro: io non vidi che un solo esempio, ed in questo caso essa era quasi piena; la sua forma era molto irregolare, e composta di prolungamenti distinti; la sua tessitura era fibrosa, e abbastanza consistente.

SEZIONE VII.

Prolungamenti della membrana interna.

Ho veduto la membrana interna della vescica estendersi in molti prolungamenti irregolari. La dissecazione di questi prolungamenti fece vedere soltanto un tessuto celluloso, e un po' di grasso: è probabile che si sieno lentamente formati, e senza

---

(*yy*) Nel Museo Patologico di Pavia esiste una vescica nel di cui collo osservasi una caruncola che impediva la sortita dell'urina. Questa vescica fu consegnata al Museo dall'illustre Giuseppe Jacopi Professore di Fisiologia, e Anatomia comparata. Ho osservato non è molto nel cadavere di un individuo morto da iscuria nella sala dell'illustre Prof. Borda un ingrossamento considerabile di una durezza più che cartilaginea nel collo della vescica, e nel corpo trigono. La vescica era in questo caso cancrenata, come pure l'intestino retto (*Il Traduttore*).

alcun dolore. Se fossero stati situati vicino al collo della vescica si comprende di leggieri l'inconveniente che ne sarebbe risultato, e in qual modo l'ostruzione al passaggio dell'urina avrebbe potuto produrre una malattia mortale, ma nati in qualunque altra parte della vescica non espongono quasi ad alcun male.

SEZIONE VIII.

Cisti comunicanti colla vescica.

Si trovano qualche volta alcune cisti molto intimamente legate alla vescica, e comunicanti colla sua cavità. Queste cisti variano in grossezza, le più grosse eguagliano in volume la metà della vescica. Vi ha molta difficoltà ad immaginare la maniera della loro formazione, e più ancora la causa determinante. Nella supposizione che si sieno formate nella membrana cellulosa esterna della vescica, come spiegare la loro comunicazione nell'interno di quest'organo senza esulcerazione, di cui nessuna traccia esiste? Nella supposizione che queste sieno tante borse formate a spese della vescica medesima la causa della loro formazione, e del loro accrescimento rimane ancora a spiegarsi: l'ultima supposizione però pare la più verisimile, e credo che questa sola sia d'ammettersi nel più gran numero di casi (zz).

SE

(zz) Nel Museo Patologico di Pavia esistono due pezzi l'uno de' quali rappresenta una cisti comunicante colla vescica, e ch'eguaglia quasi in volume la vescica medesima: il secondo consiste in una vescica nella quale osservansi piccole vesciche intimamente attaccate alla medesima, e che se il soggetto fosse sopravvisuto sarebbero divenute altrettante vesciche comunicanti (*Il Traduttore*).

SEZIONE IX.

Ingrossamento della tonaca muscolosa.

La più frequente alterazione della tessitura naturale della vescica si è l'ingrossamento della sua tonaca muscolosa. Nello stato sano, e quando la vescica si trova moderatamente distesa, questa tonaca sembra formata da sottili strati di fibre muscolose, di cui la direzione è varia: la grossezza totale di questi strati non mi pare eccedere un quarto di linea, ma spesso questa medesima tonaca acquista sino a cinque linee di grossezza. Tale accrescimento deriva da un soprappiù di sostanza muscolosa prodotta dall'esercizio più energico della sua facoltà contrattile. Questi sforzi di contrazione succedono tutte le volte che si prova una difficoltà nell'urinare, come quando la ghiandola prostata si trovi gonfiata, e che vi sieno calcoli nella vescica, o costrizione dell'uretra; è dunque ordinario il trovare la tonaca muscolosa ingrossata tutte le volte ch'esiste l'una, o l'altra di queste malattie. Nel tempo stesso che questa tonaca s'ingrossa i fascetti muscolosi da cui è composta del pari s'ingrossano, ma non acquistano mai, o quasi mai il bel color rosso dei muscoli delle altre parti del corpo. Questa circostanza fa eccezione ad una legge generale, che la natura sembra essersi imposta relativamente all'accrescimento dei muscoli mercè l'esercizio; tutti gli altri muscoli acquistano un colore rosso carico nel tempo stesso che aumentano di volume dall'esercizio. Un'altra circostanza che distingue le fibre muscolose della vescica si è, che alcun muscolo del corpo umano non aumenta tanto, quanto la tonaca muscolosa della vescica dall'esercizio della sua facoltà contrattile.

La membrana interna si forma in piccole borse fra li fascetti muscolari; quest'effetto accade dall'

impeto comunicato all'urina dalla forza espulsiva della tonaca: queste borse sono non di rado abbastanza larghe per ammettere la punta del dito, e servono in certi casi di nido ai calcoli. La vescica così costituita non è suscettibile che di una leggierissima distensione, e impone per conseguenza il bisogno di urinare spesso; questo frequente esercizio della vescica ingrossa ancora più la sua tonaca muscolosa, ed aggrava il male. Tale stato della vescica si osserva più sovente nell uomo che nella donna, giacchè questa manca di prostata, e perchè l'uretra a motivo della sua larghezza, e della sua brevità è meno soggetta a ogni genere di ostruzione. Io sospetto che l'ingrossamento della tonaca muscolosa tale quale l'abbiamo descritto, sia stato qualche volta preso per uno stato scirroso.

SEZIONE X.

La vescica divisa in due cavità.

Fu osservata la vescica urinaria divisa in due camere che comunicavano l'una coll'altra. Simile conformazione è assai rara; io non ebbi l'occasione di vedere questa curiosa malattia, ma ho avuta dal Dott. Ash la storia di un caso di simil natura ch'egli aveva osservato già da molti anni. In questo caso la camera superiore era abitualmente distesa dall'urina, di modo che un tumore rotondo si faceva sentire sopra il pube. L'introduzione della sonda faceva evacuare alcune once di urina, senza però diminuire il tumore, ma allorchè l'ammalato si metteva in piedi sortiva una pinta d'urina: il tumore sopra il pube diminuiva assai, ed il malato provava un sollievo passeggiero. Dopo la morte si trovò che la vescica era divisa in due camere da una sostanza membranosa forte, e che l'apertura di comunicazione si era quasi chiusa.

Io non posso formare che due ipotesi per ispie-

gare la formazione di queste due camere della vescica: l'una si è l'accrescimento contro natura della membrana interna sporgendo da principio nella cavità della vescica, ed estendendosi gradatamente sino al punto di formarvi un perfetto tramezzo. Ho veduto l'esofago molto ristretto per causa di un risalto permanente di questa natura della sua membrana interna. Ho veduto ancora qualche cosa di analogo nell'intestino tenue; noi possiamo dunque per analogia ammettere la possibilità della medesima causa nella vescica. La contrazione violenta delle fibre muscolose trasverse fornisce l'altra ipotesi, e l'analogia colla matrice, che si contrae sovente in forma di un orciuolo a polvere dà molta verisimiglianza a quest'ultima. Allorchè la malattia della vescica di cui si tratta non fu che passeggiera, si può attribuirla con molta probabilità a questa contrazione; quando al contrario è permanente, l'accrescimento contro natura della membrana interna più verisimilmente la spiega.

SEZIONE XI.

Calcoli.

La formazione dei calcoli nella vescica non è propria di alcuna epoca particolare della vita, ed in tutte spesso succede. Si trovano presso i fanciulli, nell'età media e nella vecchiaja, più di rado però nella donna che nell'uomo; differenza questa che dipende da due cause, cioè da una minore disposizione alla loro formazione, e dalla larghezza più grande del canale dell'ureira che dà passaggio a' calcoli, i quali ritenuti nell'uomo s'ingrandiscono da concrezioni ulteriori.

I calcoli della vescica o nascono nella vescica medesima, o formati prima nei reni discendono per gli ureteri. Nel primo caso un corpo straniero serve sovente di nocciolo alle concrezioni calcolose, ma più spesso ancora manca questo nocciolo.

I noccioli che a me avvenne di trovare furono pezzetti di piombo (probabilmente punte di sonda) piccoli chiodi, o peli: un corpo di qualunque siasi natura giunto nella vescica può diventar il nocciolo di un calcolo. E' probabile che alcuni calcoli si formino più spesso nelle donne, che negli uomini per questa causa, giacchè la loro uretra si presta più facilmente all'introduzione de' corpi stranieri.

I calcoli della vescica possono essere liberi, o ritenuti sempre ne' medesimi punti da cause particolari; i piccoli calcoli sono d'ordinario situati nelle borse della membrana interna che abbiamo detto formarsi fra i fascetti delle fibre muscolose: un' escrescenza della vescica può essere ancora il mezzo, onde ritenere un calcolo sempre nella medesima situazione. Più comunemente non vi ha nella vescica che un solo calcolo, di cui la forma più ordinaria è la ovale, ma spesso sonvi diversi che perciò divengono angolari, e appianati a' lati; alcuni calcoli hanno la superficie liscia, ed uniforme, ma il maggior numero l'hanno granellosa Questi granelli situati gli uni vicino gli altri sopra tutta la superficie del calcolo gli danno una grande asprezza; in alcuni casi però questi granelli sono riuniti in gruppi, ed occupano allora porzioni distinte della superficie del calcolo; variano ancora per la grossezza, come pure per un risalto più o meno grande: certi calcoli hanno la superficie irregolarmente porosa, invece di averla granellosa (*aaa*).

(*aaa*) Nel Museo Patologico di Pavia si trovano molti esempj di calcoli della vescica: uno di essi è così voluminoso che perfettamente riempie la cavità di una vescica piuttosto grande. Esiste pure nel Museo di Ravenna un calcolo del peso di 19. in 20. once, di figura quadrangolare lungo più di 4 pollici, largo 3., e profondo 2. Si è questo trovato nella vescica di un individuo morto da questa malattia in età molto avanzata dopo avere sofferto per trenta e più anni gl' incomodi che seco trae. Fu ritrovata nella vescica anche una quantità sorprendente d' urina, che oltremo-

Rotti o divisi colla sega i calcoli presentano quasi sempre una struttura laminosa; queste lamine sono disposte in curve concentriche applicate più o meno strettamente l'una all'altra: in alcuni esse non sono attaccate insieme, che leggiermente. La grossezza delle lamine varia assai ne' diversi calcoli: alcuni sono composti interamente di lamine; in altri queste sono spesso separate da una sostanza porosa priva di forma regolare; alcuni ancora sono porosi in tutta la loro sostanza, e senza veruna apparenza di lamine.

I calcoli variano assai pel colore: sovente sono di un bruno più o meno carico; non di rado ancora sono bianchi o giallicci. Una cosa rimarcabile si è, che un medesimo calcolo varia spesso di colore nelle diverse sue parti, cosicchè alcune sono di un colore bianco, mentre altre sono di bruno: quasi tutte le volte che questi due colori si trovano nel medesimo calcolo le lamine bianche sono all' esterno, e le brune all'interno.

Non mi rammento alcun esempio di una disposizione alternativa degli strati bianchi, e bruni.

Il peso specifico dei calcoli varia in ragione della loro densità; ordinariamente però supera più di due volte quello dell'acqua.

Io credo che differiscano per le loro proprietà chimiche più di quello comunemente si creda: tutte le analisi da me fatte tendono a stabilire quest'opinione, ma io sono sì poco versato nelle sperienze di simil natura, che nulla posso conchiudere con fiducia.

Il celebre Scheele fece molte sperienze per determinare la natura dei calcoli urinarj: eccovi le principali.

1. L'acido solforico diluto non attacca i cal-

---

do la distendeva. Ciò mi fu comunicato dal mio amico Dott. Ignazio Brandolini che ne ha esatta relazione dal Dott. Santo Rasi suo compatriotto (*Il Traduttore*).

coli urinarj, ma solo coll'ajuto del calore, e della concentrazione.

2 L'acido muriatico anche concentrato coll'ajuto dell'ebollizione non agisce affatto su' calcoli urinarj (1).

3 L'acido nitrico diluto, o l'acqua forte agisce debolmente sopra i calcoli a freddo, ma coll'ajuto del calore li attacca con effervescenza, e con produzione di vapori

4 Questa dissoluzione macchia la pelle di un rosso carico mezz'ora dopo la sua applicazione: essa dà un precipitato bianco coll'acqua di calce, nessuno cogli alcali.

5 Il muriato di barite non produce alcun precipitato.

6. L'acido dello zucchero, o il sale di acetosa non precipita questa soluzione.

7 Un calcolo polverizzato, e bollito con un carbonato alcalino non soggiace ad alcun cangiamento, ma l'alcali caustico lo discioglie anche a freddo.

8. L'acqua di calce discioglie i calcoli urinarj colla digestione in ragione di quattr'once di acqua di calce per dodici grani di materia calcolosa

9 L'acqua pura discioglie un calcolo urinario nella proporzione di cinque once di acqua per otto grani di materia calcolosa; questa soluzione tinge in rosso la tintura di tornasole.

10. La distillazione di una dramma di calcolo in una storta di vetro diede un liquore ammoniacale rassomigliante al prodotto del corno di cervo, ma niente d'olio. Vi era nello stesso tempo un sublimato nericcio nel collo della storta; riscaldando la storta sino a diventare rossa si ottenne un carbone nero del peso di dodici grani, che messo sopra un ferro rosso all'aria non perdette questo colore. Il sublimato che aveva sofferto una fusione

---

(1) Ho veduto un calcolo urinario solubile nell'acido muriatico anche alla temperatura dell'atmosfera.

parziale pesava ventotto grani, e purificato con una nuova sublimazione divenne bianco: era senza odore, di un sapore agro, e facilmente solubile nell'acqua bollente, lo spirito di vino lo scioglieva parimente, ma in picciola quantità; non si otteneva precipitato di sorte coll'acqua di calce. Questo sublimato rassomigliava finalmente per molti rapporti al sale di succino

Scheele conchiuse da queste sperienze, e da molte altre che i calcoli non sono nè della natura del gesso, nè calcarea, ma che consistono in un acido concreto, secco, oleoso, volatile misto con una materia gelatinosa.

Dalla calcinazione del carbone di questi calcoli Bergmann ha ottenuto terra calcarea, che valutò la proporzione a un duecentesimo; e riguarda le sue sperienze come il supplimento di quelle di Scheele, e per verità esse sono degne di attenzione.

Confessando le grandi obbligazioni che noi dobbiamo a Scheele, e a Bergmann per i loro travagli in questa parte della scienza come in molte altre, io credo che sia necessario aggiugnere altre sperienze alle loro, e fare l'analisi di un maggior numero di calcoli, onde conoscere tutte le varietà dei loro principj costituenti (1).

---

(1) Questa opinione si trova oggidì verificata dal Dott. Hyde - Wolaston, che fece sulla natura dei calcoli urinarj alcune preziose sperienze, e delle quali renderà conto nel prossimo volume delle Transazioni Filosofiche Oltre i calcoli analizzati da Scheele, de' quali abbiamo di sopra parlato, ha egli riconosciuto tre altre specie di calcoli urinarj esenzialmente differenti per la loro composizione.

Queste tre specie sono 1 Calcoli fusibili composti d'acido fosforico, di magnesia, e d'alcali volatile misto con fosfuro di calce, e generalmente con acido litico. Questi calcoli sono fusibili al tubo ferruminatorio, e di un colore bianchiccio

2 Il calcolo murale è una combinazione di acido dello zucchero, di acido fosforico, e di calce con una piccola porzione di acido litico fra gl'interstizj Ordinariamente questo calcolo è nericcio, e di una superficie coperta d'asprez-

La materia calcolosa della vescica è più comunemente formata in una sola, o in più masse, ma si trova qualche volta in forma di pasta, o di cemento inumidito.

Io mi rammento un caso di questa natura, in cui la sostanza terrea non poteva essere interamente evacuata dalla vescica, la quale riteneva sempre picciole porzioni irregolari attaccate alle sue pareti. Io credo che questa materia non differisca da quelle dei calcoli comuni: aveva la medesima affinità cogli acidi.

SEZIONE XII.

Distensione della vescica.

Trovasi spesso nell' apertura dei cadaveri la vesica distesa in modo da occupare tutta la parte inferiore della cavità addominale (*bbb*). Questo stato della vescica può derivare o da un accumulamento accidentale dell' urina, conservando ancora la tonaca muscolare la sua facoltà contrattile, ovvero dalla paralisi di questa tonaca, e da raccolta di urina che sarebbe una necessaria conseguenza: io non credo che l' esame del cadavere possa distinguere queste due cause, ma la storia del caso farà conoscere sempre quale di queste due cause possibili sia la efficiente.

---

ze. Il Dott. Wolaston ha trovato in un calcolo di cui la superficie era liscia i medesimi principj, eccettuato l' acido litico

3. I calcoli esclusivamente composti di fosfato di calce, di cui il colore è oscuro pallido. Questi calcoli sono formati in istratti che poca aderenza hanno fra loro.

(*bbb*) Morgagni (epist. 4 art 10) vide la vescica così distesa dall' urina che giungeva sino all' ombilico (*Il Traduttore*).

SEZIONE XIII.

Contrazione della vescica.

Si trova qualche volta la vescica contratta in modo ond'essere la sua cavità quasi interamente cancellata. Non si deve però riguardare questo stato come un effetto di malattia; una contrazione violenta nel momento della morte è la causa più frequente (*ccc*).

SEZIONE XIV.

Mancanza della parte anteriore della vescica.

Manca qualche volta la parte anteriore della vescica, e in sua vece si trova una carne molle vascolosa, che occupa la parte inferiore dell'addome esternamente. Questa carne molle, e vascolosa è ordinariamente disposta in masse sporgenti, e nel corpo vivente è coperta di un muco tenace, e viscido. I due ureteri si aprono in qualche parte di questa massa carnosa che il muco protegge contro lo stillare continuo dell'urina. Ogni volta ch'esiste questa malattia, io credo che vi sia ancora un difetto d'ossificazione delle ossa del pube, ed una mostruosa organizzazione di qualcuno degli organi della generazione. Ho minutamente descritto questa mostruosità nelle Transazioni Medico-Chirurgiche (2).

(*ccc*) Morgagni (epist. 52. art. 20) ritrovò la vescica così ristretta, che un calcolo lungo poco più di due dita trasverse, e grosso circa un pollice esistente in essa occupava tutta la sua capacità (*Il Traduttore*)

(2) Ved. le Transazioni Medico-Chirurg. pag. 189.

SEZIONE XV.

Comunicazione fra la vescica, ed il retto per vizio di conformazione.

Un altro caso di conformazione mostruosa è quello di una comunicazione fra la vescica, ed il retto, per cui quest'ultim'organo è continuo colla parte pendente della vescica. Ho veduto un solo esempio che ho descritto parlando degl'intestini.

SEZIONE XVI.

Una parte della vescica entro il sacco erniario.

Fu veduta una parte del fondo della vescica entro il sacco erniario sì nell'anello del muscolo grande obbliquo, come pure sotto il legamento del Puparzio. Questo caso è raro, ed io non vidi alcun esempio (1).

SINTOMI.

L'infiammazione della vescica cagiona un dolore al perineo, e sotto il pube con un senso di pienezza, o di gonfiezza di queste parti. Il bisogno di urinare è assai frequente, ma non passa se non una piccola quantità di urina alla volta, e con molto dolore. Spesso anche la ritenzione è perfetta; in questo caso il bisogno di urinare rendesi assai incomodo, il retto è sovente simpaticamente affetto, il tenesmo vi si aggiunge, e rende complicata la malattia. Lo stomaco ancora soffre molto disordine, e il malato è disturbato dal vomito. Se

(1) Ved. Pott. sull'ernie pag. 226.

succede in fine la suppurazione siamo avvertiti dal pus che si osserva nell' urina.

Quando evvi nella vescica un' ulcera che si estende dalle parti vicine si può conoscerla dal dolore, e dalla difficoltà di urinare che nello stesso tempo sopravviene. Se l' esulcerazione arriva a produrre comunicazioni fra la vescica, ed il retto, ovvero fra essa e l' utero, o la vagina, la sortita dell' urina dal retto, o dalla vagina ne è la conseguenza, e toglie ogni incertezza sullo stato della malattia.

Nel principio della separazione della vescica in due parti distinte è probabile che pochi sconcerti ne risultino, giacchè la comunicazione è ancora abbastanza larga. Questo principio della malattia sfugge adunque ad ogni osservazione, e ad ogni congettura durante la vita, ma quando il male ha fatto un certo progresso, e che la comunicazione fra le due porzioni sia divenuta assai stretta, si può distinguere la natura della malattia con certezza, o almeno con molta probabilità per le seguenti circostanze. Vi sarà un tumore considerabile circonscritto sopra il pube nel sito che occupa la vescica distesa dall' urina. Si urina meno che nello stato di salute, e il tumore non si trova diminuito. L' introduzione di una sonda fa pure sortire un poco di urina, ed il tumore tuttavia non decresce; ma accaderà per qualche accidentale posizione che l' urina passerà dalla camera superiore alla inferiore, d' onde sortirà in seguito per l' uretra, ed allora la quantità di urina evacuata sarà assai più grande del consueto, il tumore scomparirà, e l' ammalato si troverà sollevato sino a che si faccia una nuova raccolta.

Nessun sintoma particolare indica l' esistenza

dell' escrescenze fungose della vescica. Esse cagionano una difficoltà di urinare, che sarà proporzionata alla grossezza delle fungosità, o alla loro situazione più o meno vicina al collo della vescica. Bisogna dunque in questa circostanza che la tonaca muscolosa faccia sforzi energici per l'espulsione dell'urina, ciò che necessariamente aumenterà la grossezza. Quando l'escrescenza è situata molto vicino al collo della vescica si può certificarsi introducendo una sonda per l'uretra. L'estremità della sonda incontrerà l'escrescenza, e la resistenaa di questo corpo molle si farà sentire distintamente. Mi si può opporre la difficoltà che si avrà nel distinguere questo caso con un simil mezzo dalla ghiandola prostata tumefatta o accresciuta per una causa qualunque, ma esaminando lo stato della ghiandola prostata dal retto, come si fa ordinariamente, si possono distinguere questi due stati.

I sintomi della formazione di un polipo nella vescica sonmi ignoti, ma sembrami probabile che non differiscano da quelli dell' escrescenze fungose della vescica, che abbiamo descritti.

I sintomi de' calcoli della vescica sono bene conosciuti. Vi ha una incomoda sensazione all' orificio dell' uretra dopo avere urinato, o dopo avere fatto qualche esercizio. Quando il calcolo è voluminoso provasi un dolore ottuso nel collo della vescica. Il bisogno di urinare ritorna ad ogni istante, e sovente non si può farlo che a goccia a goccia; spesso ancora il suo scolo s' interrompe improvvisamente. L'urina depone un sedimento mucoso proveniente dalle ghiandole mucose del collo della vescica, la secrezione delle quali è accresciuta dall' irritazione ch' esercita su quelle il calcolo. L' urina è qualche volta mista con sangue che deriva da' piccoli vasi sanguigni lacerati dalle asprezze del

calcolo. Quest' effetto ha soprattutto luogo dopo qualche movimento, o scossa. I rapporti di situazione, e d' organizzazione fra la vescica, ed il retto, e la simpatia stabilita fra le loro funzioni producono tenesmo nel caso di calcoli.

CAPITOLO XVII.

STATI PATOLOGICI DELLE VESCICHETTE SEMINALI.

Gli stati patologici delle vescichette seminali sono poco conosciuti, giacchè la loro sede li sottrae all' osservazione e rende difficile la dissecazione. La più parte dei visceri per lo contrario sono allo scoperto tosto che si apre la cavità ove sono contenuti. Furono nulladimeno osservate alcune alterazioni delle vescichette seminali.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione delle vescichette seminali.

Non mi è giammai occorso di osservare l' infiammazione propria, e limitata delle vescichette seminali, quantunque non si possa dubitare che sieno soggette come le altre parti del corpo. Io le ho vedute comprese nell' infiammazione delle parti circonvicine. Così vidi la faccia posteriore della vescica, le vescichette seminali, e una parte del retto unite insieme per mezzo di aderenze assai forti, come accade nelle altre parti del corpo in seguito d' infiammazione. Esiste qualche esempio d' infiam-

mazione delle vescichette seminali spinta sino alla suppurazione (1).

SEZIONE II.

Scrofole delle vescichette seminali.

Le vescichette seminali vanno soggette alle scrofole; mi sovviene di avere veduto una ripiena di vero pus scrofoloso, di cui abbiamo già tante volte dato i caratteri distintivi.

SEZIONE III.

Canali delle vescichette seminali terminate in fondo di sacco.

I canali delle vescichette seminali si aprono naturalmente per mezzo di due orificj nella cavità della ghiandola prostata, qualche volta i canali mancano, e le vescichette terminano in fondo di sacco. I canali deferenti si aprono nello stesso tempo nel fondo di sacco delle vescichette seminali, e non hanno per conseguenza il loro naturale termine. Fortunatamente questa mostruosità di rado s'incontra; essa impedirebbe il passaggio del seme nell'uretra, e renderebbe per conseguenza nulla una delle funzioni del corpo animale. Una preparazione di questa mostruosità esiste nel gabinetto del Dott. Hunter.

---

(1) Ved. la Trad. Tedesc. di Soemmerring. pag. 194.

SEZIONE IV.

Vescichette seminali assai piccole.

Le vescichette seminali variano moltissimo riguardo la loro grossezza negli adulti; sovente si trova una più piccola dell'altra, ma io le ho vedute più d'una volta tutte e due sì piccole che non potevano se non malamente adempiere le funzioni, a cui furono destinate.

SEZIONE V.

Mancanza di una vescichetta seminale.

Qualche volta manca una delle vescichette seminali. Io sono di parere che sempre in simile caso il canale deferente dello stesso lato si allarga, e divenga tortuoso nella sua estremità, e che questa disposizione faccia le veci della vescichetta. Fu così almeno in un caso di questa natura da me veduto. L'estremità del canale deferente rassomiglia sempre alla vescichetta seminale, ciò che rende più probabile la congettura da noi fatta.

SEZIONE VI.

Scirro delle vescichette seminali.

Furono vedute le vescichette seminali scirrose, ma un tale fenomeno è raro (1) (*ddd*).

---

(1) Morgagni epist 46. art 5.

(*ddd*) Nel Museo Patologico di Pavia trovasi un pezzo che rappresenta le vescichette spermatiche molto ingrandite, e scirrose. In questo medesimo pezzo si vede pure il collo

SEZIONE VII.

Picciole pietre trovate nelle vescichette seminali.

Sono state trovate pietruzze nelle vescichette seminali (1): io non le ho giammai vedute, e credo che la loro esistenza sia assai rara.

SINTOMI.

Non è stato ancora tentato di stabilire la diagnosi delle malattie delle vescichette seminali, che le circostanze rendono assai difficile. La mia propria esperienza non m'istruisce sullo stato delle parti, se non dopo morte. Io non ebbi l'occasione di raccogliere i sintomi durante la vita.

CAPITOLO XVIII.

STATI PATOLOGICI DELLA GHIANDOLA PROSTATA.

SEZIONE PRIMA.

Ascesso della ghiandola prostata.

La ghiandola prostata non si trova spesso infiammata, ho veduto però alcuni ascessi senza ingrossamento

della vescica urinaria scirroso, e le sue pareti ingrossate (*Il Traduttore*).

(1) Ved. la Trad. Tedesc. di Soemmerring. pag. 103.

samento, ed aumento qualunque della ghiandola, o di cui il pus aveva gli ordinarj caratteri. Questi erano veri ascessi prodotti da una precedente infiammazione.

SEZIONE II.

Scrofole della ghiandola prostata.

La ghiandola prostata può diventare scrofolosa: io ho veduto tanto incidendola, quanto comprimendola quella materia coagulata che trovasi in una ghiandola assorbente scrofolosa.

SEZIONE III.

Scirro della ghiandola prostata.

La ghiandola prostata è più spesso affetta dallo scirro, che da ogni altra malattia. Si sa che la sua grossezza naturale eguaglia ordinariamente quella di una castagna, ma quando è attaccata dallo scirro acquista il volume di un pugno. Quest'aumento di volume non altera la tessitura esterna, ma tagliandola vedesi internamente una sostanza solida di un colore bruno biancheggio, divisa da tramezzi membranosi forti, che la traversano in diverse direzioni: finalmente si osservano i caratteri proprj, e costanti dello scirro delle altre parti del corpo. La cavità della ghiandola prostata diviene più profonda in ragione dell'accrescimento delle sue pareti, e di se stessa; l'estremità posteriore sporge nella vescica, ed impedisce il passaggio dell'urina per l'uretra. L'urina passa con più o meno difficoltà, secondo che sporge la ghiandola; sarebbe lo stesso di una sonda che si volesse introdurre nella vescica: l'ostruzione può essere abbastanza considerabile onde impedire interamente l'introdu-

zione di uno strumento. In un caso di questa natura fu fatto involontariamente un passaggio attraverso la ghiandola ingrossata, per cui l'urina si evacuò. La ghiandola non provò alcuna irritazione da questa violenza, e lacerazione, e la vita fu prolungata al di là del termine che la ritenzione dell' urina avrebbe permesso; bisogna però far passare la sonda sopra il tumore, s'è possibile, piuttosto che esporsi alle conseguenze funeste che potrebbe trarre seco la lesione della ghiandola.

Accade qualche volta che la forma della ghiandola cangi per quest'accrescimento contro natura, e si formi una tortuosa via a motivo dell'alterazione della sua cavità. Questo stato di cose accresce la difficoltà di urinare, e quella d'introdurre uno stromento. L'esulcerazione della superficie interna della ghiandola prostata accompagna sovente, ma non sempre, l'ingrandimento del suo volume (1). Si stabiliscono qualche volta comunicazioni fistolose fra il retto, e la ghiandola prostata accresciuta contro natura.

E' evidente la difficoltà d'urinare che produr dee quest'aumento della prostata. Tale difficoltà esige sforzi straordinarj per parte della vescica, trae seco per conseguenza l'ingrossamento, e rende più valida la facoltà contrattile della sua tonaca muscolosa; in fatti giammai si trova la ghiandola in simile stato, senza che la vescica abbia provato tale alterazione nella sua tonaca muscolosa. Questa malattia non s'incontra presso i giovani, ma è frequente nella vecchiaja.

---

(1) Non sembra in questo stato della ghiandola alcuna disposizione ad esulcerarsi: tale malattia della prostata dunque differisce da quelle di alcune altre parti del corpo in cui sembra succedere la medesima alterazione patologica, ma dove l'esulcerazione è frequente.

SEZIONE IV.

Calcoli de' canali della ghiandola prostata.

Un' altra malattia della prostata meno frequente della precedente, ma che si osserva nondimeno spesso, si è quella dei calcoli formati, e situati ne' suoi canali. La loro ordinaria grossezza è quella di un picciolo pisello, il loro colore bruno più, o meno carico. Io nulla posso pronunziare sulla loro intima natura, giacchè per determinarla sarebbe necessaria la pratica di fare le analisi, alla quale io non ho pretesa alcuna; dopo i saggi che ho fatti, mi sembrò che le loro proprietà differiscano da quelle de' calcoli urinarj (1).

SEZIONE V.

Canali escretori della prostata cresciuti di capacità.

Osservasi spesso la cavità, e i canali escretori della prostata ingranditi. Gli orificj di questi canali sono naturalmente sì piccioli, che appena si possono vedere, ma qualche volta aumentano in modo di ammettere una penna di corvo: nel tempo stesso che i canali sono così accresciuti, vi ha ancora un impedimento al passaggio dell'urina per l'uretra, a motivo della contrazione di questa parte. L'urina evacuandosi in minima quantità, o nulla affatto, si accumula nella cavità della ghiandola prostata, e nella vescica. L'effetto di quest'accumulamento si è l'ulteriore aumento della cavità della ghiandola, e dei suoi canali escretori. La tonaca muscolosa della

(1) Il Dott. Hyde Wollaston ha trovato ultimamente, che i calcoli della ghiandola prostata sono composti di fosfato di calce neutro.

vescica s'ingrossa dagli sforzi raddoppiati che sono necessarj per espellere l'urina, e vincere l'ostruzione: l'ingrossamento della vescica, e la costrizione dell'uretra rende complicata questa malattia della prostata.

SEZIONE VI.

Prostata estremamente piccola.

Ho veduto la prostata così piccola, che non si potrebbe supporre capace delle funzioni dalla natura assegnatele; questo stato della ghiandola era accompagnato da una viziosa conformazione della vescica, e di qualcuno degli organi della generazione. Ho data una descrizione esatta nelle Transazioni Medico-Chirurgiche (1).

SINTOMI.

Gli Autori hanno fatta poca attenzione ai sintomi dell'infiammazione della ghiandola prostata: è naturale il credere che vi sia più, o meno di dolore nel collo della vescica con difficoltà di urinare, e probabilmente anche tenesmo. L'infiammazione può essere distinta dalla scirrosità pel dolore acuto, e per la rapida marcia della malattia.

È probabile che nel principio lieve inconveniente risulti dallo stato scrofoloso, ma se la ghiandola si trovi molto gonfia, succederanno necessariamente gl'inconvenienti che noi siamo per descrivere.

---

(1) Ved. pag. 194.

Allorchè la prostata aumenta di volume dallo scirro sopravviene assolutamente una difficoltà di urinare, e non può evacuarsi che una picciola quantità di urina per volta, dimodochè la vescica sarà quasi sempre piena; spesso vi è anche una perfetta ritenzione di urina: le materie fecali parimente con difficoltà si evacuano, e dopo evacuate si prova ancora il medesimo bisogno, cosicchè sembra che l'evacuazione non sia stata compiuta Gli sforzi per urinare, o per scaricare il ventre spremono non di rado da questa ghiandola una parte di muco da essa separato; l'introduzione di una candeletta, o di un catetere è sempre difficile, e spesso anche impossibile.

I sintomi dei calcoli nella prostata non sono stati osservati dagli Autori, giacchè i calcoli non esistono che assai di rado. Allorchè i calcoli sono assai piccoli per contenersi nei canali della ghiandola, pare probabile che assai lieve incomodo si soffra: quando sono grossi, e sporgono nella cavità della ghiandola, l'evacuazione dell'urina diverrà difficile, e si proverà nell'introdurre una sonda, o un catetere la medesima resistenza, come se vi fosse un calcolo urinario fisso nel collo della vescica.

CAPITOLO XIX.

STATI PATOLOGICI DELL' URETRA.

SEZIONE PRIMA

Ascessi.

Qualche volta si formano ascessi nella parte membranosa dell' uretra, che possono trarre origine da una infiammazione eccitata da qualche causa nascosta, come in ogni altra parte del corpo, ma la causa più frequente si è la ostruzione al passeggio dell' urina per questo canale. L' ostruzione deriva più spesso dal ristrignimento di qualche parte dell' uretra stessa, per l'ordinario più anteriormente della parte membranosa; l'urina spinta dagli sforzi della vescica contro il luogo del ristrignimento l'irrita, vi determina l'infiammazione, e la suppurazione. Gli ascessi si aprono esternamente, e l'urina si evacua da queste aperture: questi ascessi prima che si aprano non differiscono dagli altri comunicanti colla vescica.

SEZIONE II.

Fistole.

Continuando per lungo tempo l' ostruzione è probabile che l' ascesso non guarisca, ma che si formi un orificio fistoloso. Questa fistola come tutte le altre è circondata da parti dure, e callose; la loro

più ordinaria sede è dietro lo scroto vicino alla parte membranosa dell' uretra, giacchè il ristringimento accade per l'ordinario un po' anteriormente alla parte membranosa. Sovente sonvi diversi orificj che conducono a piccioli canali de' quali le direzioni sono differenti.

SEZIONE III.

Calcolo nella cavità della parte membranosa dell' uretra.

Ho veduto la cavita della parte membranosa dell' uretra distesa in forma di borsa sì grande da contenere un uovo di pollo; questa borsa era stata formata da un calcolo che si annidò. E' probabile che questo calcolo fosse spinto dal getto dell' urina assai debole onde farlo passare per tutta la lunghezza di questo canale, per cui fermatosi in quel sito aveva gradatamente acquistato il volume di cui parliamo, nella maniera stessa con cui crescono i calcoli nel bacinetto degli ureteri.

SEZIONE IV.

Ghiandole di Cowper assai di rado malate.

Non mi sovviene di avere veduto alcuna affezione morbosa delle ghiandole di Cowper situate vicino a questa parte dell' uretra; esse sono soggette senza dubbio a malattie come le altre parti del corpo, ma la loro piccolezza, e situazione rendono l' esame difficile.

Morgagni riferisce che una di esse era stata convertita in sostanza ligamentosa (1), e che il canale escretorio di un' altra era stato cancellato (2).

---

(1) Ved. Morgagni epist 46, art 3.
(2) Ved. Morgagni epist. 46 art. 12.

SEZIONE V.

Infiammazione della membrana interna dell' uretra.

La membrana interna dell'uretra è molto soggetta all' infiammazione, sopratutto nella sua estremità anteriore, d'onde l'infiammazione si estende qualche volta sopra tutta la superficie interna del canale. Questa infiammazione non offre alcuna differenza paragonata a quella delle altre membrane che tappezzano i canali escretori che si aprono all' esterno: la membrana è più vascolosa che nello stato naturale, e la secrezione delle sue ghiandole è accresciuta Spesso l'infiammazione non si limita a questa membrana, ma si propaga sino ai corpi spugnosi, di cui attacca il tessuto celluloso, e le ghiandole; in questo caso il corpo spugnoso si gonfia, e s' indura per lo stravaso della linfa coagulabile nelle sue cellule; diviene ancora più vascoloso dell'ordinario: la gonfiezza delle sue ghiandole le rende sensibili al tatto come tanti piccoli tubercoli rotondi.

SEZIONE VI.

Ulcere dell' uretra.

L' esulcerazione dell'uretra non è frequente, ma s'incontra però qualche volta: la sua infiammazione non pare disposta tanto all' esulcerazione, quanto quella degli altri canali del corpo, p. e. la trachea.

SEZIONE VII.

Ristrignimento dell' uretra.

Il ristrignimento dell'uretra è la più frequente delle sue malattie; consiste nella costrizione, o nella compiuta chiusura di una parte qualunque di questo canale. Il sito più frequentemente attaccato è un po' anteriore alla sua parte membranosa, ma quest'affezione può esistere in tutti i suoi punti; qualche volta consiste semplicemente nell'avvicinamento delle opposte pareti di questo canale, in maniera da formare una linea di ostruzione; altra volta il ristrignimento ha una certa lunghezza. La membrana interna presenta spesso la sua naturale tessitura nel luogo del ristrignimento; in qualche caso è escoriata, o esulcerata, effetto prodotto dall' introduzione di stromenti; mezzo con cui si fanno pure false strade nel corpo spugnoso dell'uretra, allorchè s'impiegano con molta violenza, e poca destrezza. Possono essere molti differenti punti di ristrignimento nella medesima uretra; arriva ancora qualche volta ad essere più forte nell'un lato che nell'altro, di modo che in questo sito vi ha una deviazione del canale.

SEZIONE VIII.

Caruncola nell' uretra,

Una piccola escrescenza carnosa, che chiamasi caruncula nasce qualche volta nell'uretra. Per lo passato attribuivansi comunemente a questa causa quasi tutti gli ostacoli al passaggio dell'urina, ma si riconobbe, mercè le dissecazioni numerose, di avere supposto questa causa assai più spesso di quello esistesse.

SEZIONE IX.

Stato di materia terrea nell' uretra.

Ho veduto uno strato di materia terrea estendersi dalla vescica per tutta la lunghezza del canale dell' uretra.

SEZIONE X.

Orificio contro natura dell' uretra.

L' orificio naturale dell'uretra all' estremità della ghianda non esiste presso alcune persone; questo canale si apre allora alla faccia inferiore di essa, e nel sito ove il frenulo si attacca naturalmente, il quale manca in simile caso. Un foro rotondo assai più piccolo dell' apertura naturale dell' estremità della ghianda costituisce quest' orificio contro natura. Ho veduto un caso di conformazione viziosa, in cui oltre questo canale che si apriva sotto la ghianda eravi un altro, che aveva naturalmente la sua foce all'estremità di essa, ma che terminava nell'altra estremità in fondo di sacco: la lunghezza era di circa due pollici. Nulla io posso affermare sulla rarità o frequenza di questo stato contro natura che si dovrà riguardare come vizio di conformazione, e non come malattia. Io non ho giammai veduto che ne risultino da ciò grandi incorvenienti

Sonvi ancora altre malattie della verga, come le ulcere, la fimosi, la parafimosi ec; queste alterazioni patologiche essendo all' esterno sono bene conosciute, e d' altronde non entrano nel piano, che mi sono proposto.

SINTOMI:

I sintomi dell'infiammazione della membrana interna dell'uretra sono assai bene conosciuti, ed io mi dispenso dal qui farne menzione.

Il ristrignimento dell'uretra trae seco necessariamente la difficoltà di urinare, e questa difficoltà è più o meno grande secondo il grado del ristrignimento. Qualche volta l'urina cola in filetto, altra volta il getto è biforcato; in altri casi sorte senza alcuna forma distinta, ed in altri ancora non esce che goccia a goccia. Vi ha nello stesso tempo una secrezione soprabbondante di muco che rassomiglia alla materia dello scolo venereo. Possono sopravvenire sintomi disparatissimi per l'affezione delle parti circonvicine, la costituzione generale medesima è spesso risentita, e diversamente ne' varj individui.

L'ostruzione del canale dell'uretra per una caruncula non può essere distinta da una ostruzione derivante da qualunque altra causa.

CAPITOLO XX.

STATI PATOLOGICI DE' TESTICOLI, E DEL CORDONE SPERMATICO.

SEZIONE PRIMA

Dell' idrocele.

L'idrocele, o la raccolta d' acqua nella tonaca vaginale è una malattia assai comune, e succede egualmente in quasi tutte le epoche della vita, con questa differenza però, che nell'infanzia scompare spesso senza operazione o trattamento chirurgico. Nell' età adulta al contrario quasi mai non guarisce senza l'ajuto dell' arte Il sacco ove l'acqua si raccoglie prende la forma piramidale, e ascende più o meno vicino all' anello del muscolo grande obbliquo, secondo la quantità d' acqua: questa quantità basta qualche volta per farlo salire sino all'anello medesimo. La grossezza del sacco varia assai ne' diversi casi: sovente non eccede quella che naturalmente ha la tonaca vaginale, ma in molti casi le pareti del sacco sono tre volte più grosse e di una struttura laminosa. Il testicolo è assai compresso, e non di rado diventa atrofico; il fluido raccolto è di un colore gialliccio, verdiccio, o bruno, e rassomiglia per le sue proprietà al siero del sangue. Nell' età avanzata questa malattia è spesso accompagnata dallo stato scirroso del testicolo, di cui noi tratteremo più sotto.

SEZIONE II.

Idatidi.

Furono trovate idatidi libere, o aderenti nella cavità della tonaca vaginale; io non ebbi l'occasione favorevole per esaminarle con attenzione, quantunque non le creda rare.

SEZIONE III.

Corpi cartilaginosi liberi nella tonaca vaginale.

Trovansi qualche volta picciole cartilagini libere nella cavità della tonaca vaginale, come in alcune articolazioni del corpo umano, specialmente in quella del ginocchio, ove sono più frequenti che nella tonaca vaginale Bisogna supporre che nel principio sieno attaccate alla tonaca vaginale da sottili pedicelli, che poscia si staccano pel movimento di questa tonaca sul testicolo Dopo la loro separazione restano libere nella cavità della tonaca, e senza produrre, per quanto io creda, alcun inconveniente. Io stesso ho veduto un esempio di questa natura, altri osservatori ne riportano diversi.

SEZIONE IV.

Aderenze.

Trovasi spesso la tonaca vaginale aderente al testicolo. Quest'aderenza si estende qualche volta uniformemente per tutta la sua superficie, qualche altra non succede che per porzioni distinte di membrana. Queste membrane possono essere sottili, o grosse, e formare legami più o meno stretti fra la

tonaca vaginale, ed il corpo del testicolo. La loro esistenza è dovuta ad una precedente infiammazione, al pari delle aderenze che nascono in seguito di un'infiammazione nelle cavità toracica, e addominale.

SEZIONE V.

Infiammazione del testicolo.

La sostanza medesima del testicolo è non di rado infiammata, ma questa infiammazione non è quasi mai il soggetto dell'esame del cadavere, giacchè l'arte può prevenire le conseguenze nel maggior numero di casi; d'altronde i suoi caratteri non differiscono da quelli dell'infiammazione della sostanza delle altre parti del corpo, e non richiedono per conseguenza particolare descrizione. Il canal deferente partecipa spesso dell'infiammazione del testicolo per la grossezza delle sue tonache; le vene del cordone spermatico sono ancora soggette a divenire varicose dall'infiammazione del testicolo (1).

Non è raro che l'epididimo rimanga duro, e un po' accresciuto per molto tempo, od anche per tutta la vita in seguito di quest'infiammazione; ciò dipende dal non essere assorbita la materia stravasata in forza dell'azione infiammatoria.

SEZIONE VI.

Ascesso del testicolo.

Si formano ascessi nel testicolo dietro un'infiammazione come nelle altre parti del corpo: questi ascessi nulla hanno di particolare.

---

(1) Ved. Hunter sulle malattie veneree.

SEZIONE VII.

Scrofole dei testicoli.

Il testicolo è qualche volta totalmente alterato nella sua naturale tessitura, e convertito in una vera massa scrofolosa; aumenta di volume, e nell'interno si trova una materia bianca, gialliccia; coagulata, e più o meno mescolata con pus.

SEZIONE VIII.

Testicolo ingrandito, e polposo.

Il testicolo è non di rado accresciuto di volume, e convertito in una materia nericcia omogenea, in cui manca ogni traccia della sua primiera tessitura. Fu dato il nome di scirro a questo stato del testicolo, quantunque differisca assai dallo scirro delle altre parti del corpo, e da quello che trovasi di più analogo a questa malattia nel testicolo stesso.

SEZIONE IX.

Scirro e cancro del testicolo.

Sovente succede l'accrescimento contro natura del testicolo, e l'alterazione della sua sostanza in una massa dura, nericcia, divisa da tramezzi membranosi. In questo caso nessun segno resta della sua primiera tessitura, ma vedonsi spesso alcune cellule ripiene di un fluido sanioso, e in alcuni casi trovasi pure una sostanza cartilaginosa: io riguardo questo stato come il vero scirro del testicolo. L'epididimo, e il cordone spermatico si risentono di questa malattia del testicolo più, e

meno, secondo ch'essa è avanzata; ma può accadere ancora che queste appendici del testicolo rimangano intatte. La malattia degenera spesso in un' ulcera profonda, e di cattivo carattere, d'onde nasce una escrescenza fungosa: egli è questo stato che chiamasi il vero cancro del testicolo (*eee*).

SEZIONE X.

Testicolo cartilaginoso.

Ho veduto il volume del testicolo considerabilmente accresciuto, e la sua sostanza convertita in cartilagine; eravi nel caso particolare di cui si tratta un' ulcera nel mezzo della cartilagine, e in altri siti una forma poco pronunciata di cisti, o di cellule. Questa cartilagine non differiva dalla cartilagine naturale per alcun carattere essenziale, eccetto che era un po' più molle: io credo che questo stato, e quello dello scirro provenghino dalla medesima azione morbosa, giacchè sovente si trovano insieme nel medesimo testicolo.

SEZIONE XI.

Ossificazione del testicolo.

Il testicolo è qualche volta convertito in osso; sono pochi gli esempj di tale alterazione che io conosca, ed in questi casi l'ossificazione occupava soltanto una parte del testicolo.

SE-

(*eee*) Nel Museo Patologico di Pavia si trovano diversi pezzi che rappresentano lo scirro de' testicoli, ed uno il cancro (*Il Traduttore*).

SEZIONE XII.

Cisti aderente al testicolo, e contenente una vena medinense.

Ho veduto un testicolo al quale era attaccata una piccola cisti consistente, che conteneva un verme della specie della *vena medinense*. Questo verme è di una lunghezza considerabile, di una superficie liscia ed uniforme, la sua estremità posteriore termina in forma di uncino; vi ha una bocca rotonda nella estremità anteriore. E' probabile che l'uomo al quale apparteneva questo testicolo fosse andato in qualcuno dei climi caldi ove trovansi questi vermi, e che l'abbia trasportato seco lui.

SEZIONE XIII.

Epididimo terminante in fondo di sacco.

Un vizio di conformazione che si trova nel testicolo si è il terminare dell'epididimo in una specie di fondo di sacco, invece di essere continuo col canale deferente; egli è chiaro che questa conformazione rende la procreazione impossibile, impedendo il passaggio dello sperma. Esiste nel gabinetto del Dott. Hunter una preparazione di questa mostruosità, di cui ne ha data la figura nella sua Economia animale (1).

SEZIONE XIV.

Ristrignimento del condotto deferente.

Ho veduto una parte del condotto deferente chiusa da ristrignimento; ciò non era per difetto di con-

(1) Ved. pag. 47. Tavola V.

formazione, ma per qualche causa morbosa analoga probabilmente a quella, da cui deriva il ristrignimento dell' uretra: quello ch' è certo si è, che il passaggio dello sperma dal testicolo alla prostata era reso impossibile (*fff*).

SEZIONE XV.

Testicoli piccolissimi, e atrofici.

Alcune persone hanno i testicoli assai piccoli: ho veduto un uomo di mezza età che non li aveva più grossi dell' apice del dito; questo stato contro natura proveniva da difetto di conformazione, e non da malattia, come mi sono informato: l' uomo non aveva disposizione veruna all' amore. E assai più frequente il vedere divenire atrofici i testicoli spontaneamente, o sparire poco a poco in seguito d'infiammazione, o di compressione (1). Allorquando ciò avvenga soltanto ad un solo testicolo, rimanendo l' altro sano, può questo fare le funzioni necessarie per la generazione; ma se tutti e due sono affetti questa facoltà è necessariamente perduta.

L' uno, o tutti e due i testicoli possono rimanere durante la vita nella cavità addominale, e sembrare che l' individuo abbia uno, o nessuno.

Io credo essere i testicoli che rimangono nella cavità addominale piccioli. Il Sig. Hunter sospetta che sieno anche meno perfetti, di quelli discesi nello scroto (2).

(*fff* Nel Museo Patologico di Pavia esiste un bellissimo pezzo, che rappresenta un vizio del condotto deferente opposto a quello, che l' Autore tratta in questa sezione. Consiste esso in una dilatazione del canale medesimo in forma di sacchetto osseo entro la pelvi prima d' inserirsi nelle vescichette spermatiche (*Il Traduttore*).

(1) Ved Hunter sulle malattie veneree pag. 209.

(2) Ved le osservazioni di Hunter sopra alcune parti dell' economia animale.

SEZIONE XVI.

Stati patologici del cordone spermatico, scirro del cordone spermatico.

Il cordone spermatico va soggetto ad alterazioni di tessitura, di cui la più frequente si è lo stato scirroso; io credo nondimeno che non sia mai, o quasi mai affetto idiopaticamente, e che questa malattia si estenda sempre, o quasi sempre dal testicolo. Nel principio dello scirro del testicolo il cordone è perfettamente sano, ed è allora il momento opportuno per estirparlo, ma quando la malattia ha durato per qualche tempo, e che non fu stazionaria, il cordone è attaccato; in questo caso è convertito in una massa dura, ed offre i medesimi caratteri scirrosi dello stesso testicolo. Se non si arresta il male, questo si estende ai lombi, e attacca le ghiandole assorbenti.

SEZIONE XVII.

Scrofole del cordone spermatico.

Quando il testicolo è affetto da scrofole, io credo che il cordone spermatico partecipi della medesima malattia, e che soggiaccia alle stesse alterazioni.

SEZIONE XVIII.

Varici del cordone spermatico.

Una malattia assai comune del cordone spermatico si è l'ingorgamento delle sue vene; esse sono numerose, e sopportano una colonna di sangue assai lunga. Quest'ultima circostanza aggiunta ad alcuni

accidenti che possono succedere, cagionano assai spesso la distensione delle sue vene. Questa distensione varia molto ne' diversi casi secondo l'energia, e la durata della causa produttrice. Allorchè la distensione è spinta fino ad un certo punto, esse divengono varicose, ed il cordone spermatico è convertito in una massa voluminosa, molle al tatto, e suscettibile di diminuire per compressione: il testicolo diventa atrofico in forza di questo stato del cordone spermatico.

SEZIONE XIX.

Raccolta d'acqua nel tessuto celluloso del cordone spermatico.

Si osservò una raccolta d'acqua nelle cellule della membrana che avviluppa il cordone spermatico. Questa membrana consiste in un tessuto celluloso assai abbondante, e può essere distesa dall'acqua formando attorno il cordone spermatico un grosso tumore che cede, e diminuisce comprimendolo. Questa diminuzione deriva non solamente perchè una parte dell'acqua, cedendo alla compressione, monta nella parte della membrana cellulosa del cordone ch'è nel ventre, ma ancora, perchè un' altra parte è forzata di entrare nel tessuto celluloso sottocutaneo della parte inferiore dell'addome: si trovarono alcuni boccali di acqua in queste cellule. Questa malattia non si è giammai offerta alla mia osservazione; ignoro dunque la natura del liquido, non avendo avuto l'occasione di fare l'analisi, ma presumo che non differisca molto da quello dell'anasarca.

SEZIONE XX.

Acqua raccolta in un sacco formato nel mezzo del cordone spermatico.

È stato osservato un sacco formato nel cordone spermatico da una membrana bianca, nel quale vi era un liquido, probabilmente di natura sierosa: questi due casi furono descritti dal Sig Pott nel suo Trattato sull'idrocele (1).

SINTOMI.

Si può riconoscere l'esistenza dell'idrocele nell'uomo vivente dalla forma del tumore, ch'è un po' piramidale, dalla resistenza che si prova comprimendo questo tumore, dalla mancanza di dolore nella parte, e dalla perfetta salute che gode. Se la tonaca vaginale è sottile, e che si riguarda il tumore tra se, ed il lume, comparirà un po' trasparente; ma se la tonaca vaginale è ingrossata, non vi sarà trasparenza di sorte, e il tumore sarà più duro, e meno atto alla compressione, che nel caso opposto. Non vi sarà però la durezza di un tumore scirroso, come pure mancheranno alcuni altri caratteri proprj a quest'ultima malattia, il che impedisce di confonderle.

La formazione delle idatidi nella tonaca vaginale è accompagnata da sintomi che rassomigliano assai a quelli dell'idrocele: questi due casi non si possono distinguere, che aprendo il sacco.

---

(1) Ved. Pott sull'idrocele pag. 39, e 57.

Facilmente si può distinguere nel soggetto vivo un testicolo infiammato da un testicolo scirroso prestando un po' di attenzione a' sintomi, e alla storia della malattia. Nell' infiammazione il progresso della malattia è rapido, e la pelle dello scroto è ordinariamente rossiccia, ma nello scirro è lento, e la pelle dello scroto conserva il suo naturale colore, a menochè non sia immediatamente affetta dalla malattia.

La superficie del tumore è liscia, ed uniforme nell' infiammazione; nello scirro al contrario è sovente irregolare.

Quando un testicolo è scrofoloso, o polposo, si può distinguere dallo scirro pella sua grande mollezza, pel poco dolore che soffre l'individuo, e per la poca alterazione di salute.

La grande durezza caratterizza lo scirro del testicolo, come pure il dolore che ordinariamente si soffre, e che si estende per tutto il cordone spermatico sino ai lombi: i suoi progressi sono ordinariamente lenti; il cordone spermatico viene in seguito affetto, e la salute finalmente si altera. Se nasce una escrescenza fungosa, o se diventa ulceroso, sono questi altrettanti caratteri nuovi, che tolgono ogni incertezza riguardo la sua natura.

Il tumore in forma di cisti del cordone spermatico contenente acqua rassomiglia per certi rapporti all'idrocele, si può nondimeno distinguerlo dal sentire il testicolo in tutta la sua integrità sotto il tumore, e affatto da esso separato: nell' idrocele accade il contrario.

CAPITOLO XXI.

STATI PATOLOGICI DEGLI ORGANI GENITALI DELLA FEMMINA.

SEZIONE PRIMA.

Infiammazione della matrice.

L'infiammazione della matrice quasi mai accade, se non poco dopo il parto. Quest'affezione si limita qualche volta alla matrice stessa, o alle sue appendici, ma più spesso si estende sulla parte vicina del peritoneo, e sovente anche su tutto l'addome. L'infiammazione di quest'organo presenta i medesimi caratteri di quella della sostanza delle altre parti del corpo; caratteri più particolarmente marcati nel corpo, e nel fondo di esso. L'infiammazione si comunica spesso alle appendici della matrice, specialmente alle trombe del Faloppio: finisce d'ordinario per suppurazione, e si trova il pus nelle grosse vene di essa (1). Quando il peritoneo ne è attaccato, ne risultano le alterazioni che abbiamo di già descritte trattando dell'infiammazione di questa membrana, ma in queste circostanze il fluido effuso, e la linfa coagulabile ch'è stravasata, sono in più grande quantità proporzionatamente all'intensità dell'infiammazione (2).

(1) Vedi i Saggi del Dott Clarke pag. 69, e 70.

(2) Il Dott Clarke, dietro l'apertura di molte femmine morte da un'infiammazione del peritoneo dopo il parto, ha fatto più particolarmente questa osservazione (Vedi i suoi Saggi pag. 136.).

SEZIONE II.

Ulcere maligne della matrice.

Ulcere assai maligne nascono qualche volta nella matrice, particolarmente nell' età avanzata, o poco prima, ma non sono però le giovani del tutto esenti. L' ulcera comincia ordinariamente nel collo della matrice, essendo nel tempo stesso il suo corpo più duro, e più grosso che nello stato di salute; in nessun caso però la matrice diventa eccessivamente grossa. L'ulcera si estende dal collo al fondo della matrice, spesso lo distrugge in gran parte, e converte il resto in una massa deforme guasta dall' esulcerazione. Sovente l' esulcerazione non si limita solo nella matrice, ma si estende sulle parti vicine, prende la vagina, la vescica, ed il retto, stabilisce comunicazioni fra queste cavità, rode in tutte le parti, e non lascia sopra le sue tracce, che rovine orribili Si riguarda generalmente questa malattia della matrice come un cancro, ma essa per certi caratteri differisce dal vero cancro delle altre parti del corpo (1).

SEZIONE III.

Aumento scirroso della matrice.

La matrice acquista qualche volta una durezza, ed un accrescimento contro natura; quest' alterazione è rara per verità: rassomiglia allo scirro della

(1) Io aveva altra volta confuso questa malattia coll' aumento scirroso della matrice, riguardando le come tante varietà della medesima malattia, e descrivendole per conseguenza insieme; ma io credo doverle separare dopo le osservazioni esatte dal Dott. Adams nel suo Saggio sul *virus*.

altre parti del corpo, e occupa ordinariamente tutta la matrice. E' difficile indicare il termine a cui può giugnere quest'accrescimento della matrice; io l'ho veduta in un caso eguagliare il volume, che suole avere nel sesto mese della gravidanza. Se, essendo la matrice in questo stato, si fa un taglio trasverso, si trova di una tessitura dura, e di un colore bruno, o bruno bianchiccio, traversata da membrane grosse in differenti direzioni. La superficie interna può, o nò essere esulcerata: questo stato della matrice dà spesso origine a tubercoli, che si formano sopra la sua superficie, e di cui la tessitura sembra analoga a quella della stessa matrice (*ggg*).

SEZIONE IV.

Tubercoli della matrice.

La matrice dà spesso origine a tubercoli, che nascono nella sua sostanza, o s'innalzano sopra la sua esterna superficie; la loro grossezza varia dal volume di una picciola noce sino a quello di un pugno, la loro forma è irregolare, e rotonda: in molti casi sono aggruppati. Incidendoli si trovano consistere in una sostanza solida, bianchiccia, traversata da tramezzi membranosi, che sono nel maggior numero dei casi di una forza, e di una resistenza considerabile. Questi tubercoli sembrano poco soggetti all'esulcerazione, e di rado si trovano affetti: un aumento di volume, o l'alterazione della tessitura della matrice non accompagnano necessariamente lo stato tubercoloso, nondimeno in alcuni casi di questa natura la matrice acquista un accrescimento morboso.

(*ggg*) Nel Museo Patologico di Pavia conservasi un pezzo, che rappresenta non solo l'utero, ma le ovaje, la vescica, ed i legamenti scirrosi (*Il Traduttore*).

S'incontra spesso nella cavità della matrice una massa della medesima sostanza, che può avere la grossezza di una testa di bambino. L'incisione di questa massa presenta la medesima tessitura, come negli altri casi, di cui abbiamo parlato. È degno di riflessione, che simili masse non aderiscono fortemente ad alcun punto della superficie interna della matrice, ma sono soltanto attaccate per mezzo di tessuto celluloso, e possono essere separate senza disorganizzazione alcuna della matrice; la matrice stessa è più, o meno distesa, secondo il volume di questo corpo straniero, ma senza alterazione della sua tessitura.

SEZIONE V.

Polipo della matrice.

Il polipo della matrice può nascere in quasi tutte le epoche della vita: questa è una delle sue più frequenti malattie, specialmente nell'età media, o avanzata; nella gioventù è assai meno frequente. Per polipo s'intende una massa morbifica, che è attaccata a qualche parte della parete interna della matrice per mezzo di un collo, o parte stretta. Sonvi di varie specie, delle quali la più comune consiste in una sostanza dura, bianchiccia, divisa da tramezzi membranosi. La sua tessitura, come si vede mediante l'incisione, è analoga a quella del tubercolo della matrice, di cui si è parlato nell'ultima sezione; quest'analogia è sì esatta, che non si saprebbe distinguerli vedendoli aperti, e staccati dalla matrice. Tale specie di polipo varia molto in grossezza, vale a dire da una noce sino alla testa di un bambino. Il collo, o la parte stretta, per cui il polipo aderisce alla matrice, differisce pure in proporzione al corpo. Il più grande de' polipi da me veduti non aveva il collo più grosso del dito pollice; ho veduto uno al contrario della grossezza

di un pugno, di cui il collo era grosso come il pugnetto.

Il sito di aderenza è parimente vario; più spesso è nel fondo della matrice, ma può essere in qualunque altro punto: ho veduto un picciolo polipo attaccato all'interno labbro della bocca dell'utero. Un gran polipo è ordinariamente solo, ma possono essere però molti piccioli, come mi toccò di vedere.

Vi ha un'altra specie di polipo della matrice, che consiste in una massa irregolare, sanguigna, con porzioni separate come da stracciatura. Trovansi nell'interno di questo polipo due diverse tessiture, di cui l'una consiste in una massa spugnosa, laminosa, l'altra è più molle, riempiuta di maggiori cavità, e non laminosa. Io non ho veduto che queste due specie di polipo, ma possono essere altre sfuggite alla mia osservazione. E' chiaro che la matrice dee crescere di capacità in ragione dell'aumento che acquista un polipo nella sua cavità: accade lo stesso nella vagina, quando un polipo vegeta in questa direzione (*hhh*).

SEZIONE VI.

Inversione della matrice.

L'inversione della matrice, ch'è assai frequente, può essere cagionata da due cause, cioè, o dal peso di un polipo, o dall'estrazione violenta della placenta. Allorchè l'inversione è incompiuta, il fondo della matrice fa un tumore nella sua cavità, vi ha al contrario una fessura esternamente nella parte corrispondente, in cui sono ritirate lateralmente le trombe del Faloppio, i legamenti larghi, e i lega-

---

(*hhh*) Nel Museo Patologico di Pavia trovasi la matrice dilatata, e piena di una sostanza poliposa (*Il Traduttore*).

menti delle ovaje. Nell'inversione compiuta, che sovente accade dopo il parto, il fondo della matrice forma un gran tumore nella vagina, e spesso anche fuori delle grandi labbra.

SEZIONE VII.

Caduta della matrice.

La matrice può perdere la sua naturale situazione, e discendere sino alle parti esterne della generazione, o sortire interamente dal corpo: un gran bacino predispone a quest'accidente: parti ripetuti, e laboriosi, che abbiano rilassate le parti molli circonvicine, sono sovente l'occasione. Trattando delle malattie della vagina noi parleremo più particolarmente di questa malattia, che, per dirlo di passaggio, è assai più frequente dell'inversione della matrice.

SEZIONE VIII.

Ristrignimento della cavità della matrice.

Succede qualche volta un ristrignimento nella cavità della matrice, e cancella interamente in qualche punto questa cavità. Io credo che accada sempre nel medesimo sito; egli è nel luogo ove la cavità del fondo della matrice termina, e ove quella del collo comincia, giacchè quest'è il punto più stretto della matrice. E' probabile, che una infiammazione chiuda la piccola apertura che ivi si trova, mediante l'unione delle pareti circonvicine che si trovano molto approssimate, ovvero queste parti possono avvicinarsi poco a poco, e venire in fine a contatto, come avviene nell'uretra.

SEZIONE IX.

Ristrignimento, e otturazione della bocca dell' utero.

Fu osservata la bocca dell'utero ristretta, ovvero il passaggio interamente chiuso (1); fu ancora veduta turata da una membrana non naturale (2).

SEZIONE X.

Ossificazione della matrice.

La matrice è qualche volta convertita in osso, effetto questo che attribuir si deve ad un' azione morbosa particolare de' suoi vasi sanguigni, per cui la materia ossea è separata ove non lo dovrebbe essere: quest' alterazione nella tessitura della matrice è rara.

SEZIONE XI.

La matrice convertita in una materia terrea.

Si osservò la matrice convertita in una materia terrea (3) della natura medesima probabilmente di quella delle ossa. A me sembra che questa malattia non differisca dalla precedente, se non se, per una piccola porzione di glutine animale necessario, onde dare a questa materia la consistenza ossea.

---

(1) Morgagni epist. 47. art 11.
(2) Morgagni epist. 46. art 17.
(3) Lieutaud vol. 1. pag. 323.

SEZIONE XII.

Massa ossea nella cavità della matrice.

Fu trovata una massa ossea nella cavità della matrice. Sembrami, che questo fenomeno non si possa attribuire, se non all'ossificazione del tubercolo carnoso, e duro, di cui abbiamo parlato come esistente nella cavità della matrice: egli è almeno ciò che avvenne nel solo caso da me osservato, giacchè in questo una gran parte del tubercolo rimaneva ancora carnoso; è dunque ragionevole il credere, che avvenga lo stesso negli altri casi di simil natura (*iii*).

SEZIONE XIII.

Pietre nella cavità della matrice.

Furono trovate pietre nella cavità della matrice (1). Gli autori le hanno descritte come varie di colore dal bruno carico al bruno chiaro: nulla dicono sulla loro natura, ed è d'uopo ch'io faccia lo stesso non avendomi le proprie sperienze istruito su di ciò, e non essendo questa malattia giammai presentata alla mia osservazione. Io credo che simili concrezioni sieno dovute all'azione morbosa delle piccole arterie, che si aprono sopra la superficie interna della matrice, e che sono analoghe alle concrezioni, che si formano in alcune ghiandole del corpo.

(*iii*) Nel Museo Patologico di Pavia trovasi un pezzo, che rappresenta l'utero, di cui la cavità è dilatata, e ripiena di una sostanza ossea leggiere, non che le sue pareti del pari ossee (*Il Traduttore*)

(1) Lieutaud vol. 1. pag. 389.

SEZIONE XIV.

Feto morto nella matrice convertito in una materia terrea.

Un feto morto da lungo tempo nella matrice fu trovato convertito in una materia terrea, conservando però in questo stato la sua forma naturale (1).

SEZIONE XV.

Acqua nella cavità della matrice.

Si riportano casi di raccolta d'acqua nella matrice (2): in alcuni la quantità era enorme, cioè venticinque, trenta, ed anche cinquanta pinte. Quest'acqua qualche volta sembra sanguinolenta, e qualche altra gialliccia. Io nulla posso dire di positivo sulla di lei natura, giacchè non vidi la malattia; sono non pertanto disposto a credere per analogia, che quest'acqua della matrice debba rassomigliare al siero del sangue per le sue proprietà. Mi appoggio perimente sull'analogia per credere, che si effonda dalle piccole arterie increspate della matrice. Per concepire la possibilità di questa raccolta d'acqua nel viscere, è necessario supporre il ristrignimento del suo collo, altrimenti a misura che si raccoglierebbe, sortirebbe anche per la vagina: io credo inoltre, che nella maggior parte dei casi l'acqua sia contenuta in una, o più idatidi (3).

---

(1) Ved l'Anatomia delle ossa di Cheselden Tav 54.
(2) Lieutaud vol 1. pag 333
(3) Il sig. Denman ha osservato un caso di questa natura, ove l'acqua era raccolta in una sola grande idatide della matrice.

SEZIONE XVI.

Idatidi della matrice.

Larghe masse d'itatidi furono trovate nella matrice (1). Non avendo veduta questa malattia non posso dire, se queste idatidi rassomigliano a quelle che qualche volta s'incontrano nella placenta, o a quelle delle altre parti del corpo. Le idatidi della placenta differiscono molto da quelle del fegato, de' reni, e di alcune altre parti del corpo. Esse sono piccole vescichette, di cui la grossezza varia da una noce sino ad una testa di spilla, di una forma rotonda, od ovale, e attaccate l'una all'altra per mezzo di un piccolo pedicello stretto. Il caso più ordinario si è, che una grossa idatide sopporta un gran numero d'altre picciole, che gli sono aderenti mercè un piccolo picciuolo stretto. Nulla si sa di positivo sulla loro natura, ma sembrami probabile, che sieno animali di un'organizzazione assai semplice. Le idatidi dei quadrupedi non sono identiche nella loro natura, o nella loro specie, e nondimeno è confermato, che queste differenti specie sono tanti animali. Io sono disposto a credere, che le idatidi supposte della matrice appartenessero primitivamente, per la maggior parte, alla placenta.

SEZIONE XVII.

Rottura della matrice.

Oltre queste malattie ben determinate della matrice, mi resta ancora a dire qualche cosa della sua

(1) Lieutaud vol. 1. pag. 335.

sua rottura, che riguardar si deve come un accidente, piuttosto che come una malattia. E' probabile, che quest'accidente non accada, se non nello stato di gravidanza, o nel momento del parto. Può essere cagionato dall'azione troppo violenta delle fibre muscolose sul feto, o dalla mano di un ostetricante introdotta nell'utero. Le rotture da me vedute erano quasi tutte sull'uno, o l'altro lato della matrice, e molto considerabili. Il peritoneo che copre la matrice può restare intatto, ed in questo caso vi sarà un grumo di sangue fra esso, e la matrice nel sito lacerato: il colore nero di questo grumo ha ingannato per la sua rassomiglianza colla cancrena.

SEZIONE XVIII.

Due matrici.

Alcune femmine invece di una matrice ne avevano due, ma gli esempj di questa natura sono assai rari. Ciascuna matrice non ha in questi casi, che una sola ovaja, ed una sola tromba del Faloppio, e la vagina è parimente divisa in due parti, ciascuna delle quali conduce alla matrice del suo lato. Nel caso descritto nelle Transazioni filosofiche le due vagine comunicavano per mezzo di un foro nel tramezzo, ma io non pretendo di decidere sulla singolarità, o frequenza di simile circostanza in questa mostruosità.

SEZIONE XIX.

Varietà naturali della matrice.

La matrice varia molto in grandezza ne' diversi individui, avendola alcune femmine due volte più grande di altre. Essa differisce pure per la sua

grossezza; la sua situazione varia ancora assai da un lato all'altro del bacino: tutte queste varietà sono naturali, e non effetti di malattia.

SINTOMI.

L'infiammazione della matrice è accompagnata da dolore, e da tensione nella regione ipogastrica; il dolore aumenta comprimendo questa parte, o toccando la bocca dell'utero. Lo stomaco è affetto da vomito, ed il canale intestinale da stitichezza, qualche volta da diarrea; tutto il sistema è preso in consenso, e agitato da un'accresciuta attività, la febbre, o affezione generale si manifesta, ed i polsi in alcuni casi divengono estremamente celeri. Se il peritoneo s'infiamma per tutta la sua estensione, vi sarà tumefazione dell'addome con sensibilità eccessiva, e febbre più intensa.

L'esulcerazione della matrice è accompagnata da dolore della parte affetta; questo dolore è spesso molto intenso. Ne' casi gravi scola un pus infetto e sanguinolento; se pel progresso della malattia siasi fatta una comunicazione fra la vescica, e la vagina, l'orina sorte da questa falsa strada, e aggrava i sintomi. I polsi sono piccioli, e frequenti, pallida la ciera, ed il corpo si emacia verso il fine della malattia; l'esulcerazione si avanza nella vagina, e le ghiandole delle anguinaglia sono attaccate per l'assorbimento del pus.

L'ingorgamento scirroso dalla matrice è poco caratterizzato sino a che il male abbia fatto progressi considerabili. Vi ha dolore nella regione ipogastrica più, o meno nei diversi casi, ma questo sintoma è comune anche ad altre malattie. Nondimeno nello stato avanzato del male puossi assicurare della sua natura esaminando le parti dalla va-

gina: si riconoscerà col tatto che la bocca dell' utero è dura, e che ha maggior volume che nello stato naturale; vi sarà ancora un senso di grande peso dovuto all'accrescimento scirroso della matrice; si può nello stesso tempo sentire un tumore sopra il pube. I segni commemorativi serviranno a distinguere quest' accrescimento morboso della matrice dallo stato di gravidanza: diverse presenti circostanze ajuteranno per istabilire la diagnosi. Se lo scirro della matrice è complicato da ulcera, vi sarà uno scolo di pus, e di sangue per la vagina

Se la matrice non s' ingrossa nello stato tubercoloso, io credo, che questo stato non sia caratterizzato da sintomi particolari, ma allorchè la matrice aumenta anche di volume, i sintomi sono i medesimi che accompagnano lo scirro ordinario, e che noi abbiamo descritti.

I sintomi del polipo della matrice sono uno scolo mucoso, sanguinolento, e dolori frequenti ne' lombi; giunto ad un certo volume si sente dalla vagina. Si può distinguerlo dall' esulcerazione della matrice, anche senza l'ajuto del tatto, dalla storia del caso, facendo attenzione al corso della malattia, e osservando che la salute è meno alterata nel caso del polipo, che in quello di esulcerazione. Io credo che le ghiandole delle anguinaglia non sono affette dal polipo, quandochè, spesso lo sono dall'assorbimento del pus di un' ulcera della matrice molto avanzata nella vagina.

L'inversione parziale del fondo della matrice nella sua cavità non è caratterizzata da sintomi proprj, per cui mezzo si possa distinguerla nel soggetto vivo. Un' abbondante emorragia l' accompagna, e se la morte non sopravvenga, il flusso menstruo

diviene abbondantissimo, come pure lo scolo muceso negli intervalli. L'inversione completa si riconosce dal tumore che forma; non determina essa verun altro sintoma. I tentativi fatti per ridurre la matrice sono stati quasi sempre infruttuosi.

L'esame delle parti basta per far riconoscere la caduta della matrice, e questo solo può rischiarare sopra tutte le circostanze.

Alcun sintoma proprio non distingue l'idropisia della matrice da alcune altre apparenze di questo viscere, e la sola evacuazione dell'acqua può farla riconoscere.

L'esistenza delle idatidi nella matrice non produce alcun sintoma caratteristico, e non può essere riconosciuta, se non dalla loro sortita al di fuori per la forza espulsiva della matrice; questo generalmente accade con dolori che simula il parto.

Non si può assicurare della rottura della matrice, se non dall'esame delle parti. L'ammalata prova dolore, un senso di qualche cosa che cede nell'addome, e il vomito di una materia del colore di cioccolata nel momento stesso della rottura. Tutti gli sforzi della matrice cessano, come pure i dolori del parto; il feto si contrae, e cade in parte, o tutto nella cavità addominale.

CAPITOLO XXII.

STATI PATOLOGICI DELLE OVAJE.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione della tonaca peritoneale delle ovaje.

Io credo, che l'infiammazione idiopatica della tonaca peritoneale delle ovaje sia poco frequente: ordinariamente si comunica dalla parte uterina del peritoneo, o da tutta questa membrana infiammata. L'infiammazione nell'uno, o nell'altro modo prodotta è assai frequente, e non differisce per i suoi sintomi, o per i suoi esiti dalla infiammazione delle tonache peritoneali delle altre parti. Non di rado aderenze prodotte dall'infiammazione attaccano le ovaje alle parti circonvicine.

SEZIONE II.

Infiammazione della sostanza delle ovaje.

La forte infiammazione della matrice, che può succedere dopo il parto, si comunica qualche volta alla sostanza delle ovaje. Le ovaje in questo stato sono accresciute di volume; diventano anche più dure, e più vascolose che nello stato naturale: la loro infiammazione termina assai spesso in suppurazione.

SEZIONE III.

Scirro delle ovaje.

Le ovaje sono qualche volta attaccate dallo scirro, ma più di rado della matrice Aumentano di volume, divengono più dure, e acquistano un colore bianchiccio. Questa tessitura alterata è interrotta da tramezzi membranosi, come nello scirro delle altre parti, di cui abbiamo parlato. Queste masse scirrose sono disposte all'ossificazione, ed è così, cred'io, che le ovaje d'ordinario si ossificano. Le ossa, in cui si convertono hanno una maggiore proporzione di materia terrea, che le ossa naturali.

SEZIONE IV.

Ovaje accresciute di volume, e convertite in una sostanza polposa.

Le ovaje aumentano spesso di volume, e si convertono in una materia nericcia polposa. Si formano nello stesso tempo alcune cellule contenenti un fluido.

SEZIONE V.

Scrofole delle ovaje.

Ho vedute le ovaje convertite in masse scrofolose, e divise in cellule.

SEZIONE VI.

Idropisia delle ovaje.

La malattia più frequente delle ovaje si è l'idropisia. Sovente tutta la sostanza di un'ovaja è con-

sumata, e non rimane in sua vece, che una gran cellula ripiena di un liquido; questa cellula, o capsula, che in alcuni casi è assai considerabile, consiste in una membrana forte, ed il liquido che contiene è acquoso, o leggermente coagulabile.

L' idropisia delle ovaje è generalmente prodotta dalla conversione di esse in un gran numero di cellule, che comunicano fra loro per mezzo di considerabili aperture. Il loro volume è nello stesso tempo sommamente cresciuto; una sola ovaja può essere aumentata a segno di riempiere tutta la cavità addominale (*kkk*). Le ovaje sono spesso convertite in una serie di cisti senza comunicare l'una coll' altra, e di cui la grossezza può variare da una picciola noce sino a una melarancia. Queste cisti in alcuni casi consistono in membrane sottili; grosse in altri, bianchiccie, e laminose; racchiudono, o un fluido sieroso mescolato con una materia viscida, e un fluido tenace, e filante, ovvero una materia gelatinosa. Questa materia gelatinosa è sì tenace, che si estende assai tirandola; se si rompe, si ritira ancora con una grande forza elastica. I liquidi racchiusi nelle diverse cisti della medesima ovaja non sono sempre omogenei, circostanza che non si avrebbe sospettata *a priori*.

Io credo che le cisti sieno state confuse colle idatidi. Vi ha, a dir vero, qualche rassomiglianza fra esse, quantunque la loro natura sia diversa; le loro tonache sono più forti, e meno polpose di quelle delle idatidi; il liquido che racchiudono è differente; le cisti diversificano ancora dalle idatidi per la connessione che hanno insieme.

Le idatidi sono isolate l'una dall' altra, ovvero una grande rinserra altre piccole, od anche queste aderiscono alle tonache delle grandi.

(*kkk*) Nel Museo Patologico di Pavia trovasi una ovaja di grandissimo volume in seguito d' idropisia L' altra corrispondente contiene peli, una materia sebacea, ed una specie d' osso (*Il Traduttore*).

Le cisti delle ovaje si attaccano lateralmente le une alle altre per mezzo di superficie di una certa larghezza: non si racchiudono scambievolmente, e non sembrano dotate della facoltà generatrice delle idatidi, da cui si formano le piccole, che si attaccano alle più grandi. Sembra naturale il credere, che le cisti non sieno altra cosa, se non uno sviluppo contro natura delle vescichette, che si osservano sulle ovaje nello stato naturale.

SEZIONE VII.

Le ovaje convertite in una materia adiposa con peli, e denti.

Le ovaje si convertono qualche volta in una specie di grasso misto a lunghi peli, e a denti, e rinchiuso in una capsula membranosa bianchiccia. La più parte dei peli sono liberi nella sostanza del grasso, ma una parte aderisce alla superficie interna della capsula. Si trovano ancora alcuni denti, ma per la maggior parte imperfetti, mancando di radici: questi denti nascono qualche volta immediatamente dalla membrana interna della capsula, altre volte fanno parte di una massa ossea. Si ha generalmente riguardato queste produzioni come germi imperfetti, determinati però dalla fecondazione, ma vi ha luogo a credere, che non dipendano da questa causa. Ho descritto un caso pubblicato nelle Transazioni filosofiche, ove non era possibile che la fecondazione avesse avuto luogo. La giovane, che fu il soggetto di questa osservazione, non aveva, secondo tutte le apparenze, più di dodici, o tredici anni. La membrana imene era intatta, e perfetta, e la matrice non aveva acquistato l'accrescimento che porta la pubertà: mancavano in lei tutti gli altri segni di quest'età. Dopo tali circostanze, io penso, che la matrice di detta giovane non fosse stata suscettibile dell' effetto stimolante della fecondazione.

Un tumore composto di peli, e di denti trovato nello stomaco di un uomo restò conservato nella raccolta del celebre Ruischio (1). Se questo caso è vero, di cui già non si può dubitare, sembra che la mia opinione si trovi confermata, e di una verità dimostrata. Non è possibile, che la fecondazione abbia avuto parte a questa produzione nello stomaco dell'uomo; e se in tale caso nacque senza questa causa, perchè non avverrà egli in un altro? Queste produzioni s'incontrano più spesso nelle ovaje, che in qualunque altra parte del corpo, probabilmente perchè il processo della loro formazione ha qualche analogia colla generazione, di cui le ovaje sono gli organi principali. Io mi credo adunque fondato per rimanere fermo alla mia antica opinione, malgrado le obbiezioni che si sono fatte. Queste masse delle ovaje hanno ordinariamente il volume di una grossa melarancia (2).

SEZIONE VIII.

Feto nell' ovaja.

Trovasi qualche volta un feto nell' ovaja, il quale assai di rado giunge al pieno suo accrescimento:

---

(1) Ruisc vol. 2. Advers. Anatom.

(2) Ho ultimamente incontrato una sostanza adiposa mescolata con peli, e corpi di denti coperti di smalto nell' ovaja di una giovane di diciotto anni. La matrice in questa giovane aveva un volume picciolo, che tale non suole avere ordinariamente in simil età, anche nello stato di non fecondazione. Nessuna traccia eravi nella sua cavità di membrana caduca. Sembrava perciò non avere sofferto alcuno di quei cangiamenti, che prova allorchè un germe si sviluppa nella matrice, o nella tromba del Faloppio. L'imene era ancora perfetta, ed intatta, e la sua apertura straordinariamente picciola. La probabilità risultante da tutte queste circostanze non costituisce, è vero, la certezza assoluta; essa aggiunge però molta forza alla nostra opinione.

la sua formazione però è ordinariamente naturale. In questo caso, invece dell'ovaja, di cui non resta più traccia, si trova un sacco abbastanza forte, in cui è contenuto il feto. Vi ha una placenta attaccata alla superficie interna del sacco, e una parte del corion. Puossi assicurare che questo sacco non sia se non la trasformazione dell'ovaja, seguendo la tromba del Faloppio, e i vasi spermatici dalla loro origine sino al loro fine. La matrice è più grossa che nello stato di non fecondazione, e nella sua cavità trovasi la membrana caduca. La matrice è dunque affetta in questo caso come nella gravidanza naturale, ma in un minor grado. I vasi spermatici s'ingrossano ancora, onde fornire sangue in quantità sufficiente al feto che sviluppasi nell'ovaja.

SEZIONE IX.

Ristrignimento delle ovaje.

Nell'età avanzata le ovaje ordinariamente si ristringono, e soggiaciono nello stesso tempo ad un' alterazione di tessitura. Perdono la metà del loro volume, divengono tubercolose, e più dure che nello stato naturale. Tagliandole si trovano le loro vescichette ripiene di una sostanza bianca, e solida.

SEZIONE X.

Mancanza di una, o di tutte, e due le ovaje.

Fu osservato un caso, in cui mancava una ovaja. Nella raccolta del dott. Hunter havvi un esempio; questo caso è però assai raro. Si riferirono altri casi della mancanza di tutte due le ovaje.

SINTOMI:

Siccome le ovaje non s' infiammano, se non insieme colla matrice, così alcun sintoma non ci fa distinguere queste infiammazioni l' una dall'altra.

Difficilmente si può riconoscere nel soggetto vivo lo stato scirroso delle ovaje. Quando l' ovaja ha acquistato un certo volume, che siasi coricata sul lato del bacino, e che il soggetto sia nello stesso tempo magro, è possibile che, in queste circostanze, con un attento esame attraverso gl' integumenti, e i muscoli dell' addome, si pervenga a congetturare l' esistenza di questa malattia. Il tumore sarà assai più duro, di quello sia nel caso di un' idrope, o d' idatidi. Se le circostanze sono tali, che rendano impossibile l' esame immediato dell' ovaja, non è che per congettura, che si potrà stabilire un' ipotesi sulla natura della malattia.

L' idropisia dell' ovaja non può essere nel principio conosciuta, ma quando ha fatto progressi abbastanza considerabili onde distendere la regione ipogastrica, puossi assicurare della sua natura mediante un attento esame dello stato attuale, e dalla storia dei suoi progressi verso questo stato. Il tumore è ordinariamente più da un lato, che dall' altro, secondo che l' ovaja del lato dritto, o del sinistro sia affetta. La superficie del tumore è spesso ineguale, e si può avere, percuotendo, un senso oscuro di fluttuazione. Di rado la salute è alterata, e i suoi progressi sono così lenti, che si soffre questa malattia per lungo tempo, e senza grande inconveniente. La quantità dell' urina non è minore, di quello sia nello stato di sanità, e i vasi assorbenti dell' ovaja sono poco atti a riacquistare un' attività salutare dall' azione de rimedj. Vi sono perciò pochi esempj di guarigione dell' idrope dell' ovaje.

CAPITOLO XXIII.

STATI PATOLOGICI DELLE TROMBE DEL FALOPPIO.

SEZIONE PRIMA

Infiammazione delle Trombe del Faloppio.

L'infiammazione può estendersi dalla matrice fortemente infiammata sulle trombe del Faloppio; esse in questo caso divengono assai vascolose, e quando si aprono comparisce sangue nelle loro cavità. L'infiammazione può essere spinta sino alla suppurazione, ed in questa circostanza si trova pus nell'interno di esse (*III*).

SEZIONE II.

Aderenze.

Quando il peritoneo generale, o quella parte solamente ch' è contigua alle trombe faloppiane, s' infiamma, la tonaca esterna, o peritoneale delle trombe va soggetta anch'essa all'istessa affezione Questa infiammazione produce in seguito quasi sempre alcune aderenze, che legano le trombe faloppiane alle parti circonvicine. Non è raro il trovare il corpo fimbriate

(*III*) Nel Museo Patologico di Pavia havvi un pezzo, che rappresenta le trombe faloppiane dilatate, e le quali contenevano sangue (*Il Traduttore*).

della tromba faloppiana aderente all'ovaja, ovvero, se l'infiammazione fu violenta, di non trovare alcun resto di questo corpo: in simile caso la tromba sembra terminare sopra la superficie dell'ovaja. L'apertura della sua estremità è chiusa, e l'uovo non può discendere dall'ovaja nella matrice.

La piccola apertura, per cui la tromba faloppiana comunica colla cavità della matrice, si trova qualche volta cancellata, ma non così spesso, come quella dell'altra estremità.

SEZIONE III.

Idrope delle trombe di Faloppio.

Quando la tromba faloppiana si trova chiusa nelle due estremità, si dilata spesso in una grande e tortuosa cavità, aprendo la quale si trova ripiena di un fluido acquoso leggermente coagulabile: la cavità stessa è interrotta, o suddivisa da tramezzi membranosi. Che questo fluido non sia separato dalle numerose picciole arterie della membrana interna della tromba, sembrami che nessuno possa dubitarne. La malattia può essere chiamata idropisia.

SEZIONE IV.

Trombe faloppiane terminate in fondo di sacco.

Ho osservato un vizio di conformazione delle trombe faloppiane, per cui erano sprovviste del corpo fimbriato terminando in fondo di sacco: questa conformazione difettosa rendeva nullo l'atto della generazione, impedendo l'esercizio delle loro funzioni cotanto necessarie.

SEZIONE V.

Uovo (o germe) nella tromba faloppiana.

La tromba del Faloppio dilatata racchiude qualche volta un uovo (o germe), che si arrestò discendendo dall' ovaja alla matrice. L'uovo arrestato non perisce, ma si sviluppa come se fosse nella matrice. Questo fatto con molti altri prova, che la matrice non è esclusivamente propria allo sviluppo di un feto, e che altre parti sono capaci di simile funzione, o piuttosto suscettibili di questa proprietà. Lo sviluppo graduato, e progressivo dell' utero produce la distensione proporzionata della tromba, che forma per la sua dilatazione un sacco rotondo, e sottile. I vasi sanguigni dell' ovaja, e della tromba faloppiana aumentano di capacità, a misura che il feto acquista accrescimento, e gli forniscono il sangue di cui abbisogna. Nel tempo che le cose in tal modo procedono nella tromba, la matrice si dilata a segno d' acquistare due volte la sua capacità naturale; essa diventa più vascolosa, la cavità del suo fondo si riveste di una membrana caduca, e il suo collo si ottura da una sostanza gelatinosa. Prova dunque diverse alterazioni analoghe esattamente a quelle, che determina l' azione stimolante della fecondazione. L' accrescimento che prende l'uovo in questo sito è sovente considerabile; giunge qualche volta al termine della gravidanza, ma più spesso muore poco dopo la sua organizzazione vitale. In un caso di questa natura la tromba fu lacerata dallo sviluppo progressivo del feto, e la donna morì da emorragia interna. La storia circostanziata di un simile caso è stata pubblicata dal Dott. Clarke nelle Transazioni Medico-Chirurgiche (1).

---

(1) Vedi pag. 216.

SEZIONE VI.

Tumore duro nascente dalla tromba faloppiana.

Ho osservato un tumore rotondo e duro nascente dalla superficie esterna di una tromba faloppiana: l'aspetto di questo tumore nell'interno era precisamente lo stesso di quello del tubercolo della matrice, vale a dire aveva una sostanza bianchiccia, dura, interrotta da tramezzi membranosi forti. Io credo assai rara una simile alterazione di questa parte.

SEZIONE VII.

Stati patologici dei legamenti rotondi.

I legamenti rotondi partecipano dell'infiammazione violenta della matrice; nessuno dubita che sieno soggetti ad altre malattie, ma esse sono così rare, che nulla posso dire dietro le mie proprie osservazioni: gli autori tacciono su questo particolare.

SINTOMI.

I sintomi dei diversi stati patologici delle trombe faloppiane non furono sino al presente determinati: le difficoltà inseparabili della situazione delle trombe renderanno sempre oscuri i sintomi delle loro malattie.

CAPITOLO XXIV.

STATI PATOLOGICI DELLA VAGINA.

SEZIONE PRIMA.

Infiammazione della vagina.

La superficie interna della vagina vicino alla sua esterna apertura s' infiamma di sovente, soprattutto dall' applicazione del veleno venereo, ma ciò nulla offre d'interessante per l' esame del cadavere.

SEZIONE II.

Aderenza delle pareti della vagina.

L' infiammazione della vagina può essere molto grave, e far nascere l' aderenza delle sue pareti. Quest' aderenza succede in alcuni casi sopra una grande superficie, ma io credo che più spesso sia limitata soltanto in un punto poco esteso ove produca un ristrignimento più, o meno forte.

SEZIONE III.

Ulcere della vagina.

L' esulcerazione della vagina non è rara: alcune di queste ulcere rassomigliano alle piaghe cagionate da uno stromento tagliente con perdita di sostanza; altre sono saniose, di cattivo carattere, di una superficie

perficie irregolare: in questo caso l'ulcera, per lo più, non è *indigena* della vagina, ma si propaga dalla matrice. L'estensione progressiva dell'ulcera può stabilire comunicazioni colle parti vicine, e rendere la vita più orribile della morte: queste parti sono la vagina, e la vescica, o la vagina, ed il retto.

SEZIONE IV.

Tumori scirrosi della vagina.

Possono nascere nella vagina tumori scirrosi, ma io credo che ciò avvenga soltanto per simpatia, o per comunicazione colla matrice, ed anche da questa causa di raro produconsi (*mmm*).

SEZIONE V.

Inversione della vagina.

Una delle malattie più frequenti della vagina si è la sua inversione, o caduta. Le prodisposizioni a questa malattia sono un bacino molto ampio, larghezza eccessiva dell'apertura esterna della vagina, rilassamento generale delle parti. La caduta è più, o meno completa nei diversi casi: in alcuni la matrice non sorte; in altri, in cui la caduta è completa, si vede l'orifizio della matrice nell'estremità della vagina. La forma del tumore prodotto dalla caduta completa varia molto: qualche volta consiste in una massa rotonda, altre volte è più stretto, e più allungato, e si estende cinque pollici inglesi dalla superficie del corpo. Quest'ultimo caso è

(*mmm*) Nel Museo Patologico di Pavia trovasi un pezzo, che rappresenta uno scirro passato in cancro esistente tra l'utero, e la vescica, e che distrusse la vagina (*Il Trad*).

stato preso come quello di un *ermafrodismo*. Ci sia permesso di qui osservare, che l'*ermafrodismo*, quantunque naturale ad alcune specie di animali, od anche accidentale in alcuni individui, pure sino al presente non ebbe un'esistenza ben avverata in alcun individuo della specie umana (1).

La vagina indurata dall'inversione lungo tempo continuata può infiammarsi in alcune occasioni, il che ordinariamente cagiona l'esulcerazione.

Se si esamina il bacino in un caso d'inversione della vagina, e di caduta della matrice non si può riconoscere che imperfettamente il fondo di quest'ultimo organo con le sue appendici; spesso la ma-

---

(1) Quantunque sino al presente tutti i casi di preteso *ermafrodismo* siansi, mercè un attento esame, riferiti all'uno, o all'altro sesso, pure un caso che mi fu comunicato dal Dott Storer di Nottingam sembrerebbe non ammettere dubbio sulla possibilità della cosa, per la realtà stessa del fatto La persona ch'è il soggetto di questa mostruosità vive ancora: essa fu esaminata dal Dott Storer, e da molte persone dell'arte, di cui non si può rivocare in dubbio la capacità in un caso di questa natura. Io inserirò qui la storia inviatami dal Dott. Storer.

La persona porta il nome, e l'abito di femmina: ha l'aspetto maschio, i tratti ordinarj, il viso senza barba: ella non ebbe mai scolo, o flusso uterino, e per questo motivo s'indirizzò all'ospitale di Notingham, pel desiderio della dama con cui viveva. Ella aveva in quest'epoca l'età di ventiquattro anni, non provava alcun male, ed era venuta nell'ospitale per compiacere la sua padrona. Si tentarono molti medicamenti senza effetto di sorte Si sospettò finalmente l'imperforazione dell'imene, e da questa causa la ritenzione del sangue, quindi si decise di farne l'esame, il quale fu eseguito dai Sig Wrigat uno dei Chirurghi dell'ospitale, e dal Dott Storer.

Trovarono la vagina, che terminava in fondo di sacco a due pollici delle grandi labbra; la testa della clitoride, e l'orifizio esterno dell'uretra non differivano da quelli di tutte le altre femmine; ma le ninfe mancavano: le grandi labbra erano più pendenti che nello stato naturale, e conteneva ciascuna un corpo che rassomigliava al testicolo provveduto del suo cordone; le mammelle rassomigliavano a quelle di una donna Questa persona non aveva alcun desiderio nè per l'uno, nè per l'altro sesso.

trice è interamente nascosta, e la vescica sembra allora in contatto col retto. Ho veduto in questo stato aderenze stabilite fra la matrice, le sue appendici, e le parti contigue; accidente questo, che doveva rendere necessariamente assai difficile, ed anche impossibile la riduzione della vagina, o della matrice, a meno, che queste aderenze non diventassero più deboli.

SEZIONE VI.

Vagina assai corta.

La vagina è qualche volta assai corta: io l'ho veduta non avere, che la metà della sua naturale lunghezza. Questo stato appartiene alla conformazione primitiva, e non può essere conosciuto, che coll'esame; non vi ha forse mezzo per rimediarvi.

SEZIONE VII.

Dilatazione della vagina.

La dilatazione della vagina è cagionata da larghi tumori che possono nascere, e crescere in essa, ed i più frequenti sono i polipi. L'esurpazione di questi tumori è seguita dal ristringimento della vagina al segno della sua naturale capacità, a meno, che la dilatazione non abbia durato lungo tempo.

SEZIONE VIII.

Vagina molto ristretta.

Furono osservati alcuni casi, in cui il diametro trasverso della vagina, per un difetto di primitiva conformazione, era assai più breve, che nello stato

di sanità Questo vizio di raro si osserva, e vi si può rimediare sino ad un certo punto.

SINTOMI.

I sintomi dell'infiammazione della membrana interna della vagina, e delle sue labbra sono assai generalmente conosciuti, ed è inutile il qui descriverli.

L'aderenza delle pareti della vagina può essere riconosciuta facendovi l'esame: si può sospettarla dopo una infiammazione violenta della vagina, soprattutto allorchè è seguita dalla ritenzione del flusso menstruo, e che il coito non può avere luogo. Se la coesione delle pareti della vagina succede sopra larghe superficie, egli è quasi impossibile di ristabilire questo canale nel suo stato primiero, separando le superficie per mezzo di una operazione chirurgica. Ho veduto simili tentativi rendersi inutili, quantunque fatti da mani assai abili, e fa d'uopo della più grande destrezza per evitare di forare la vescica, o il retto. Se non è, che poca superficie interessata, l'operazione può rimediarvi, a meno chè la coesione non sia all'estremità superiore della vagina. E' impossibile in alcun caso di coesione completa di questa natura di sapere a *priori*, se ha molta o poca estensione: in tutti i casi adunque si dee tentare l'operazione, ma essa non dee essere affidata, se non ad un Chirurgo abile, ed esperimentato. E' possibile, che nei casi poco gravi la raccolta del sangue menstruo possa farsi sentire attraverso l'ostacolo, lo rompa, e prevenga l'operazione. Non bisogna però differirla in questa sorte di casi, appoggiandosi sopra una speranza poco certa, per evitare un dolore lieve.

Le ulcere della vagina non possono essere riconosciute, se non coll'esame delle parti: ciò facilmente si può fare sul soggetto vivo. Più, o meno di dolore con una raccolta purulenta sempre le accompagna; ma l uno; e l'altro di questi sintomi appartengono egualmente all'infiammazione senza esulcerazione.

L'inversione della vagina è accompagnata da un senso di peso, e di stiramento. Un tumore sorte della vagina, ed è più pronunziato allorchè sta la donna in piedi, di quello sia nella posizione orizzontale. Un esame attento delle parti può solo rischiarare sopra tutte le circostanze della malattia nel soggetto vivo.

I tumori che crescono nella vagina non possono essere riconosciuti, se non mercè un esame attento, e immediato.

CAPITOLO XXV.

STATI PATOLOGICI, E CONFORMAZIONI VIZIOSE DELLE PARTI ESTERNE DELLA GENERAZIONE DELLA FEMMINA.

SEZIONE PRIMA

Imperforazione dell' imene.

La membrana imene è qualche volta senza apertura, e la vagina è per conseguenza esternamente chiusa. Questo stato contro natura, ch' è di con-

formazione primitiva, non si riconosce ordinariamente sino alla pubertà. La ritenzione del flusso menstruo attua allora l'attenzione. Una leggiere operazione vi può con certezza rimediare: questo difetto di conformazione primitiva non è dunque di alcuna importanza.

SEZIONE II.

Eccessiva grossezza della clitoride.

La grossezza eccessiva della clitoride è ancora un vizio di conformazione più raro, ma però assai più incomodo del precedente. Si osserva spesso nella nascita la clitoride più grossa del pene di un fanciullo maschio appena nato; questa clitoride è fornita di un prepuzio, e di una ghianda, di cui l'estremità ha un buco in modo da quasi perfettamente rassomigliare all'organo maschile. Questa conformazione ha sovente indotto nell'errore riguardo al sesso, a cui si aveva ad ascrivere il neonato bambino; quindi furono battezzati femmine per maschj. Però nella maggior parte dei casi di eccessiva grossezza della clitoride, si può distinguere il sesso dai seguenti segni. Le grandi labbra sono ben conformate; maneggiandole non si trovano corpi duri, e rotondi, che imporre potrebbero per testicoli, la fessura all'estremità della ghianda non comunica col canale dell'uretra, ma sotto la ghianda, ed all'estremità posteriore della fessura vi ha un'apertura, che immediatamente conduce alla vescica. Io credo, che esaminando la vescica con un picciolo stiletto passando da quest'orifizio, si potrebbe nel maggior numero de'casi decidere sul sesso del bambino (1). Se il fanciullo giunge alla

(1) S'è femmina, lo stiletto passerà facilmente per un canale dritto, e certo, ma s'è maschio lo stiletto non anderà

maturità la clitoride crescerà progressivamente, ma non credo nella medesima proporzione del pene. Quest'è un vizio di conformazione assai dispiacevole, giacchè la coscienza di un difetto in un organo sì importante opprime, e rattrista lo spirito. Persone in tal modo costituite furono sovente prese per ermafroditi.

SEZIONE III.

Grossezza eccessiva delle ninfe.

Le ninfe hanno spesso una grossezza al di là del naturale: ciò può accadere in tutte due nello stesso tempo, o in una sola. Nei casi più marcati si estendono assai dalla superficie del corpo, e si rivestono di una pelle analoga a quella delle grandi labbra, avendo perduto per l'esposizione la pelle fina, vascolosa, e sensibile, che loro è naturale. Questa mostruosità non è di una grande importanza, giacchè l'esurpazione vi può rimediare, se lo richiede il caso.

SEZIONE IV.

Congiunzione delle grandi labbra.

Le grandi labbra sono spesso riunite per una linea di comunicazione, all'estremità superiore della quale si trovano il meato urinario, e la ghianda della clitoride. Questa mostruosità è rara, e facile a rimediarsi; una lieve operazione le separa, e fa vedere le parti interne nel loro stato naturale.

Le grandi labbra sono qualche volta riunite pe-

---

in dritta direzione, e senza che gli si dia una certa curvatura: il canale avrà ancora una maggiore lunghezza.

la continuazione della pelle comune, di modo, che non sembrano esistere affatto. L'arte può rimediare pure a questo vizio, e le parti interne si troveranno nel loro stato ordinario.

Le parti esterne, specialmente la superficie interna delle ninfe, ed il vestibolo, sono soggette all'infiammazione, e all'esulcerazione da tutte le cause ordinarie, particolarmente dal veleno venereo. Quantunque queste malattie producano molta inquietudine alla vita, di rado però somministrano soggetto per un esame dopo morte, e noi ci dispensaremo dal fare qui cenno.

E' inutile parlare dei sintomi dei casi descritti in questo capitolo.

CAPITOLO XXVI.

ALTERAZIONI PATOLOGICHE DEL CERVELLO E DELLE SUE MEMBRANE.

SEZIONE PRIMA.

Infiammazione della dura madre.

Si osserva qualche volta la dura madre nello stato d'infiammazione; vi si vede allora un gran numero di piccoli vasi sanguigni assai sottili, che contengono un sangue vermiglio, e che serpeggiano fra questa membrana, e le pareti del cranio Questi vasi non sono in sì gran numero nella dura madre, come in molte altre parti del corpo, nel tempo d'infiammazione, il che dipende dalla natura medesima della membrana nel suo stato di salute: non vi si scorgono naturalmente, che pochi vasi sanguigni, e nello stato infiammatorio lo svi-

luppo di questi vasi è meno considerabile, che in altre parti, che sono per loro natura più vascolose, nondimeno però la differenza fra gli stati naturale, ed infiammatorio non si rende meno considerabile, di quello avvenga in qualunque altra parte del corpo.

In alcuni casi di quest' affezione si forma una concrezione, o strato linfatico, che aderisce a guisa di una falsa membrana alla superficie interna della dura madre; ma questo fatto è raro

Allorquando la dura madre s' infiamma accade, che succedono spesso aderenze fra questa, e le altre membrane del cervello, dimodochè non formano, che una sola tonaca per una considerabile estensione, ma questo ancora è raro. La rarità delle aderenze delle membrane del cervello fra loro dipende probabilmente, perchè la loro infiammazione non fa esalare, che una piccola quantità di linfa coagulabile del sangue; particolarità che le distingue, giacchè sotto altri rapporti hanno un' analogia colle membrane, che tappezzano le cavità circonscritte del corpo, e nel maggior numero dei casi d' infiammazione quest' ultime esalano linfa coagulabile sopra la loro superficie.

Non è raro che l' infiammazione della dura madre, soprattutto se è prodotta da una violenza esterna, venga seguita da suppurazione, e che la membrana si trovi coperta di pus

Qualche volta ancora la dura madre è corrosa da esulcerazione, ma ciò è assai poco frequente: succede più spesso, che la cancrena distrugga una parte in seguito di lesioni considerabili del capo (*nnn*).

(*nnn*) Nella sezione del cadavere di un individuo morto apoplettico nella sala dell' illustre Prof Borda ho osservato la dura madre tutta ingrossata, e nella parte del lobo posteriore destro del cervello quasi cartilaginea, e molto aderente alla sostanza corticale del medesimo, la quale in quel luogo era assai indurata, e partecipava dell' affezione della dura madre. Tutta la restante sostanza del cervello si sfacelava con grandissima facilità. I suoi ventricoli si videro pieni e distesi da siero effuso. Queste alterazioni vennero

SEZIONE II.

Tumori scrofolosi aderenti alla dura madre.

Si osservarono in ben pochi casi tumori scrofolosi aderenti alla dura madre; essi rassomigliavano esattamente pel loro tessuto a ghiandole assorbenti divenute scrofolose, e contenevano in alcuni casi un pus grumoso.

SEZIONE III.

Tumori fungosi della dura madre.

Tumori fungosi vegetano qualche volta sulla dura madre, ma questo caso è raro. Simili tumori, per quanto io abbia avuta l'occasione di esaminarli, sono polposi al tatto, e di un tessuto distintamente fibroso.

SEZIONE IV.

Materia ossea formata nella dura madre.

L'ossificazione di alcune parti della dura madre è lo stato patologico, che questa membrana presenta più frequentemente; questo stato consiste in lamine ossee della larghezza circa dell'unghia del dito, ma in alcuni casi sono assai più larghi; ordinariamente sono sottili, e i loro margini irregolari. Esse non si trovano egualmente in tutte le parti della dura madre, ma più comunemente sono ade-

---

in seguito di una preceduta infiammazione della dura madre trascurata dall'ammalato (*Il Traduttore*).

renti al seno longitudinale superiore, o al suo prolungamento falciforme: in alcune di esse la proporzione della parte terrea alla parte animale è più grande, che nell'osso naturale.

Spesso non vi è che una sola lamina, ma qualche volta sonvi diverse. Alcune osservazioni attestano l'ossificazione quasi totale del processo falciforme, ma un simile fenomeno è molto raro.

SEZIONE V.

Aderenze assai forti fra la dura madre, ed il cranio.

Esiste naturalmente una forte aderenza fra la dura madre, e le pareti del cranio; quest'aderenza succede principalmente per mezzo di piccoli vasi sanguigni che passano dall'uno all'altra, e ancora dall'applicazione intima del tessuto fibroso all'osso. Nello stato naturale la dura madre può nondimeno essere facilmente separata dal cranio, ma in certi casi quest'aderenza è così forte, che la separazione rendesi impossibile; allorchè si tenta d'effettuarla, la dura madre si divide in due lamine, l'una delle quali aderisce all'osso, e l'altra alla pia madre. Io non pretendo di decidere, se questa forza di aderenza non naturale dipenda, o no da una infiammazione precedente: comunque sia, la sua esistenza non è rara.

SEZIONE VI.

Alterazioni patologiche dell' aracnoide.

Le apparenze morbose nel tessuto di questa membrana sono assai rare, e furono neglette dagli autori. La sola mutazione, che ho osservato, fu la sua grossezza giunta al segno da diventare una membrana molto consistente. In questo stato, non al-

trimenti che nel suo naturale, l'aracnoide non presenta quasi mai vasi sanguigni; è separata dalla pia madre per l'interposizione d'un fluido sieroso.

SEZIONE VII.

Stati patologici della pia madre.
Distensione sanguigna delle sue vene.

L'apparenza contro natura la più ordinaria della pia madre si è la distensione delle sue vene dal sangue; cosa questa che non si può confondere coll'infiammazione, e che dipende da qualche impedimento al ritorno del sangue nel cuore, di cui la causa può essere varia. I suoi ramicelli arteriosi ripieni di sangue vermiglio non sono più numerosi, di quello sieno nello stato naturale, e le vene sono distese da sangue nero.

SEZIONE VIII.

Infiammazione della pia madre.

L'infiammazione è più difficile ad essere distinta nella pia madre, che in qualunque altra parte del corpo; il che dipende dal gran numero di piccoli vasi, che si ramificano nello stato di salute. Tuttavia nello stato infiammatorio questi vasi sono ancora più numerosi, contengono un sangue vermiglio, e formano colle loro anastomosi una bella reticella. E' raro, che la pia madre divenga così uniformemente rossa dall'infiammazione, onde non vi rimanga alcun intervallo fra i suoi vasi, come succede in altre parti del corpo. I prolungamenti della pia madre sono più pieni di vasi sanguigni, che nello stato naturale, e sono più intimamente legati alla sostanza cerebrale.

Assai di rado accade, che l'infiammazione della

pia madre produca uno strato di linfa coagulabile; come avviene nel peritoneo, e nelle pleure Una forte infiammazione della pia madre è seguita da suppurazione: ho veduto tutta la superficie superiore del cervello coperta di pus in seguito di quest' affezione della pia madre. L'osservazione assicura essere nate aderenze di una estensione considerabile tra la pia, e la dura madre, conseguenze probabilmente dell'infiammazione, ma queste apparenze sono rare, e non si presentarono alla mia osservazione.

SEZIONE IX.

Tumori scrofolosi aderenti alla pia madre.

Ho veduto un gran numero di tumori scrofolosi aderenti alla superficie interna della pia madre: essi avevano tutti i caratteri delle scrofole già descritte, ma la loro esistenza è un fenomeno poco comune.

SEZIONE X.

Aria ne' vasi della pia madre.

Non è raro il trovare alcuni vasi della pia madre distesi dall'aria. La degenerazione putrida può essere la cagione di questo fenomeno, ma fu osservato senza ch'esistesse questa causa. In simili casi è probabile, che l'aria provenga da una mutazione nel sangue, o nella circolazione, analoga al meccanismo della secrezione in generale.

SEZIONE XI.

Idatidi.

Picciole cisti (1) contenenti acqua (che ordinariamente si nominano idatidi) furono osservate aderenti alla pia madre, ma questa malattia è rara.

SEZIONE XII.

Una porzione della pia madre ossificata.

Accade qualche volta, ma io credo di rado, che una parte della pia madre si ossifichi. Quest' alterazione non si è giammai presentata alla mia osservazione; il Dott Soemmerring dice averne un esempio nella sua raccolta.

SEZIONE XIII.

Alterazioni patologiche della sostanza cerebrale.
Infiammazione.

Per sostanza cerebrale intendo del pari il cervello, ed il cervelletto. L' infiammazione attacca l' uno, e l' altro, ma il loro tessuto non è molto soggetto a quest' affezione, se non in seguito di lesioni esterne della testa; quando succede, qualunque sia la causa, è limitata in una, o più parti poco estese. La parte infiammata diventa di un colore rosso, ordinariamente poco carico. L' esame anatomico mette in chiaro la causa di questo fenomeno, la quale consiste in un gran numero di piccoli vasi, che sono

(1) Ved Lieutaud vol. 2. pag. 145.

allora pieni di sangue Se la porzione infiammata si trova alla superficie, allora le porzioni contigue delle membrane partecipano della medesima affezione. Nessuna durezza si sente nella parte infiammata; il tatto non può distinguere questo stato dal naturale.

SEZIONE XIV.

Ascessi.

Spesso l'infiammazione del cervello termina in suppurazione, e nella formazione di ascessi. Quando questi ascessi sono grandi, il pus si fa un passaggio disorganizzando le parti vicine, di modo, che tutto presenta l'aspetto di una parte distrutta, o lesa da compressione; ma allorchè gli ascessi sono piccoli, la cavità ov'è contenuto il pus offre l'aspetto di un'ulcera.

SEZIONE XV.

Cancrena.

La sostanza cerebrale in alcuni casi si cancrena parzialmente. La causa più frequente di quest'affezione si è la lesione della testa prodotta da un corpo, od altra causa qualunque esterna. L'infiammazione derivante da ogni altra causa di rado la produce; ho nondimeno osservato un esempio: in questo caso la parte infiammata della sostanza cerebrale era divenuta di un colore nericcio, e non aveva maggior consistenza di una fracidissima pera.

SEZIONE XVI.

Sostanza cerebrale assai molle.

Nulla di più comune, che il trovare la sostanza cerebrale di una persona morta da qualche giorno così molle da non essere suscettibile d' incisione, e che la minima pressione delle dita la riduca in una massa quasi fluida. Qualche volta però il cervello conserva per diversi giorni la consistenza, che aveva nel corpo vivo: nè l'una, nè l' altra di queste apparenze devono essere riguardate come prodotte da malattia.

In qualche caso nondimeno la sostanza cerebrale si ammollisce per causa morbosa a segno, che la sua consistenza non eccede quella della crema. Il Dott. Giovanni Hunter medico al servizio delle armate osservò quest' alterazione nella sostanza midollare degli emisferi del cervello vicino ai ventricoli laterali: ha fatto la medesima osservazione sopra soggetti affetti da imbecillità, e in età avanzata; ha trovato ancora una simile mollezza unita ad una effusione di sangue nell' apoplessia.

SEZIONE XVII.

Cervello molto consistente.

Il cervello è qualche volta più consistente, più tenace, e più elastico, di quello sia nello stato di sanità. Cede, e si allunga in questo caso mercè un forte stiramento, e riprende poscia la sua forma per una forza di contrazione: compresso: ritorna alla sua primiera forma tosto, che cessa la compressione. In alcuni casi di questa natura la capacità dei ventricoli è cresciuta, e riempiuta d' acqua. Fu detto ancora, che il cervello si trovò perfettamente

mente secco, e friabile tra le dita. In simili casi; dicono, la sostanza midollare è assai più leggiera, che nello stato naturale. E' probabile, che cotali asserzioni sieno un poco esagerate. E' stato rimarcato, che assai spesso il cervelletto non partecipa di simili affezioni.

SEZIONE XVIII.

Sostanza bianca, e consistente formata nel cervello.

Un' apparenza contro natura, che si presenta assai spesso nel cervello, si è quella di una sostanza bianca uniformemente liscia, e di una tessitura ben consistente. Il cervello vi aderisce, e pare più vascoloso attorno i suoi margini. Essa è di una natura scrofolosa, come mi sono assicurato osservandola passare in certi casi alla suppurazione scrofolosa. Sovente si trovano nello stesso tempo diverse di queste sostanze.

Non è raro il trovare masse rotonde di una particolare natura entro la sostanza cerebrale, o nelle sue fessure; ne ho vedute di quelle che avevano la grossezza di una noce. L'esistenza di questi tumori è ordinariamente accompagnata da un aumento di sierosità ne' ventricoli laterali del cervello.

SEZIONE XIX.

Tumori cistici

Furono osservati più d'una volta tumori cistici contenenti un fluido sieroso nella sostanza cerebrale; ma questo fenomeno non si presentò alla mia osservazione, e dev' essere riguardato per conseguenza come assai raro.

SEZIONE XX.

Tumori ossei comprimenti il cervello.

Qualche volta si formano nel cranio alcuni tumori ossei, che comprimono il cervello: ordinariamente consistono in masse irregolari formate da prolungamenti ossei, di cui gl'interstizj sono riempiuti da una sostanza carnosa. Trovansi diversi esempj di questi tumori nella raccolta del Dottor Hunter.

L'osservazione fa testimonianza di alcuni casi, assai rari a dir vero, di un ingrossamento uniforme di tutte le ossa del cranio in guisa, che la sua capacità diminuiva in ragione del loro accrescimento morboso. Vedesi nella raccolta del Dott. Hunter un esempio rimarcabile, in cui le ossa del cranio sono almeno tre volte più grosse, di quello sogliono essere nello stato naturale; la loro tessitura è ancora più spugnosa in simili casi, di quello sia ordinariamente.

Un nodo rassomigliante all'avorio si è formato nelle ossa del cranio, e si è prolungato considerabilmente nella sua cavità: questo fenomeno è raro, quantunque la sua esistenza sia ben avverata, e che esista anco un esempio nella raccolta del Dott. Hunter. Qualunque sia la diversità della causa morbosa che produce quest'escrescenze, e questi cangiamenti di struttura delle ossa del cranio, i loro effetti sulle funzioni del cervello sono necessariamente uniformi, e i medesimi, giacchè simili effetti risultano immediatamente dalla compressione.

SEZIONE XXI.

Eminenze ossee producenti un'irritazione nel cervello.

Vi sono sempre alcune irregolarità sulla superficie interna del cranio formate da creste numerose, e

da picciole eminenze con superficie depresse interposte, Queste creste, e queste eminenze hanno qualche volta un accrescimento contro natura, e si prolungano in spine, e in lamine taglienti, che penetrano nella sostanza cerebrale, ed irritano violentemente il sistema nervoso.

SEZIONE XXII.

Idrocefalo.

La raccolta d'acqua ne' ventricoli (1) del cervello è una di quelle alterazioni, che un'azione morbosa produce assai spesso in quest'organo. Questa succede generalmente nell'infanzia, ed anche avanti la nascita. L'acqua è in più, o men grande quantità secondo i casi; qualche volta non è, che di alcune once, e qualche altra giunge a diverse pinte. Allorchè questa quantità è assai considerabile, il fornice è elevato nella sua estremità anteriore dalla raccolta d'acqua, e si stabilisce in conseguenza una comunicazione immediata fra i ventricoli laterali (2). Per la medesima causa una parte dell

---

(1) Il Sig. Home ha osservato un caso, in cui una gran quantità d'acqua raccolta nel terzo ventricolo si era fatto un passaggio attraverso le tenue lamine di sostanza midollare, che connettono il setto lucido, senza penetrare nè nell'uno nè nell'altro dei ventricoli laterali. Questo caso, raro senza dubbio, può essere riguardato come una sede nuova dell'idrocefalo.

(2) Un rinomato autore insiste in un suo scritto recentemente pubblicato sull'esistenza di una comunicazione fra i ventricoli laterali del cervello, od esprime la sua sorpresa, come alcuni, che insegnano l'Anatomia in Londra, neghino l'esistenza. Senza impegnarmi in questa disputa, che già non vale la pena, riferirò brevemente le circostanze tali quali sono, o quali a me sembrano essere. Il fornice nella sua estremità anteriore riposa sopra una parte dei talami dei nervi ottici: vi ha ancora in ciascun lato del fornice una fessura che conduce dai ventricoli laterali nella parte anteriore

acqua passa facilmente nel terzo ventricolo, e di là nel quarto. L'acqua è di un colore più puro, e più limpido di quella dell'idropisia del torace, e dell'addome; essa sembra però in generale essere della medesima natura di quella delle due cavità: in alcune sperienze ch'io feci si coagulò cogli acidi precisamente come l'acqua dell'idrotorace, dell'ascite, o come il siero del sangue; ma la proporzione della parte coagulabile varia assai: in certi casi l'acqua non contiene, che una piccolissima porzione di materia coagulabile: in altri ancora è priva affatto. Questa differenza dipende probabilmente dal modo di agire dei piccioli vasi, che effondono il fluido. Allorchè l'acqua raccolta ne' ventricoli è in gran quantità, la sostanza cerebrale, specialmente sopra i lati, e sulla superficie superiore, rassomiglia ad un sacco polposo contenente un fluido. Il volume del cranio è molto accresciuto in questi casi, la sua forma è ancora sangiata: è assai grande, paragonato alla grandezza della faccia. I centri di ossificazione delle ossa frontale, parietale, ed occipitale mandano prolungamenti ossei molto considerabili, e le membrane che separano queste ossa l'uno dall'altro sono assai più larghe che nello stato naturale: levando gl'integumenti si trovano le ossa del cranio molto sottili, non eccedendo spesso la grossezza di una pezza di 24 soldi: hanno ancora qualche volta punti membranosi. La causa

---

del terzo ventricolo. Fino a che il fornice rimane nella sua natura e situazione, non sembra esistere alcuna comunicazione immediata fra i ventricoli laterali, ma quando il fornice è innalzato (ciò che facilmente può accadere), allora i ventricoli laterali comunicano fra loro, e la comunicazione è più o meno estesa secondo il grado di quest'innalzamento. Si può ancora aggiungere, che i ventricoli laterali comunicano fra loro per mezzo del terzo ventricolo; questa non sembra però essere propriamente parlando una comunicazione, a meno che non si convenga di dire, che due cavità comunicanti con una terza, comunicano ancora per la medesima fra loro.

di questo fenomeno consiste nella marcia dell'ossificazione, che cominciando nel medesimo tempo in più punti dell'osso si arresta nel mezzo del travaglio per la rapida raccolta dell'acqua. In questa sorte di casi la malattia è cronica, e qualche volta dura più anni.

SEZIONE XXIII.

Dell'acqua sopra la superficie del cervello, e fra le sue membrane.

Qualche volta si trova acqua sotto la pia madre, e sopra la superficie del cervello, ma di rado in quantità considerabile: vi è ordinariamente nel medesimo tempo una effusione morbosa ne' ventricoli.

Si trova anche qualche volta acqua fra la dura, e la pia madre.

Gli autori riportano alcuni casi di effusione acquosa fra la dura madre, ed il cranio (1), ma considerando la natura dell'aderenza di queste parti, non si può ben concepire questa effusione, e si dee riguardare come molto rara.

SEZIONE XXIV.

Effusione, o stravaso di sangue.

Si trova spesso sangue sparso in più siti della cavità del cranio, nonchè nella sostanza stessa cerebrale, o in alcuno dei ventricoli, per rottura di qualche vaso. L'effusione accade frequentemente sopra la superficie del cervello, o sopra qualcuna delle sue membrane. Quest'ultimo caso avviene più spesso in seguito di un colpo. La quantità del

---

(1) Lieutaud v. 1. pag. 229., 230.

sangue effuso derivante dalla rottura dei vasi del cervello è qualche volta assai considerabile. Il sangue si trova molto spesso congulato, e le parti vicine sono ordinariamente lese dalla pressione. Tutte le parti della sostanza cerebrale non sembrano egualmente suscettibili di effusione sanguigna. Accade comunemente, quando però non derivi da una causa esterna, nella parte midollare dell'uno, o dell'altro emisfero del cervello, e spesso vicino ai ventricoli laterali, dimodochè il sangue entra nell'uno, o in tutte, e due queste cavità Avviene qualche volta, che il cervello è di una consistenza assai molle nel luogo di quest'effusione; una tale osservazione fu fatta dal Dott. Giovanni Hunter. Quando l'effusione è prodotta da causa esterna, il sistema vascoloso è d'ordinario sano, se si eccettui il sito stesso della rottura, ma allorchè accade senza questa causa, trovasi quasi sempre il sistema vascoloso del cervello morbosamente affetto. Assai spesso, esaminando i cervelli di persone avanzate nell'età, si trova, che i tronchi delle arterie carotidi situati su' lati della sella equina sono affetti da malattia, e che quest'affezione frequentemente si estende più, o meno ne' piccioli rami La malattia consiste in un deposito di una materia ossea, o terrea nelle tonache delle arterie, il che le rende meno contrattili, meno dilatabili, e meno tenaci. Questa medesima affezione si trova ancora nell'arteria basilare, e ne' suoi rami. I vasi del cervello sono più soggetti alla rottura in questo stato, che in quello di sanità, tutte le volte che si accumula il sangue, o che la circolazione si fa con vigore. Queste circostanze possono servire di causa predisponente, ed infatti l'accidente ha sovente luogo pel loro concorso Se le arterie carotidi, e l'arteria basilare non fossero soggetto all'alterazione di tessitura, che abbiamo descritta, le affusioni di sangue nella cavità del cranio senza causa esterna sarebbero probabilmente assai più rare.

SEZIONE XXV.

Cavita nel cervello contenenti un fluido sieroso.

Furono qualche volta osservate nella sostanza del cervello cavità, che servivano di serbatojo ad un' effusione sierosa; hanno luogo quasi sempre nella parte midollare degli emisferi, e sono ordinariamente tappezzate da una membrana, o sostanza dura Queste sembrano essere rimasugli delle cavità formate dall'effusione sanguigna in certi casi di apoplessia, in cui i malati non perirono immediatamente, ma sopravvissero per alcuni mesi, od anche per anni. Il sangue effuso si assorbe in simili casi, ma il male non per questo interamente scompare, rimanendo le cavità, e dando così occasione ad una raccolta di siero (1).

SEZIONE XXVI.

Aneurisma dell' arteria carotide interna sul lato della sella equina.

Le arterie carotidi interne sono molto soggetto ad ossificarsi nell' età avanzata, e la medesima morbosa alterazione può seguire lungo i loro rami; ma egli è raro che si trovino distese in un sacco aneurismatico, come le arterie di alcune altre parti del

---

(1) Ebbi ultimamente l'occasione di vedere un caso bene caratterizzato di questa natura in un soggetto, che aveva avuto diversi accessi d'apoplessia, e che ne fu in fine la vittima

Il Dott. Hunter ha osservato molti esempj. Un caso di simil natura si è presentato al Sig Wilson Prof. di Chirurgia, di cui le cognizioni anatomiche sono assai note: la cavità in questo caso era assai considerabile.

corpo. Nondimeno un caso simile venne a mia cognizione; le arterie carotidi erano distese, e formavano un piccolo sacco aneurismatico sopra i due lati della sella equina (1); l'uno de' quali aveva la grossezza d'una picciola ciriegia, l'altro un po' meno grosso. E' una cosa ben rimarcabile, che ne' due casi di aneurisma delle arterie della testa, e del cervello, che sono a mia cognizione, le arterie dei due lati sono stati affetti nello stesso tempo, e nel medesimo sito. Ho pure io medesimo osservato un aneurisma delle due arterie carotidi nell'origine interna delle medesime; questo caso, aggiunto a quello delle carotidi interne, di cui si fece menzione più sopra, presenta un'analogia, o simpatia d'affezione ben sorprendente.

SEZIONE XXVII.

Stati patologici del plesso coroide. Piccole borse in questo plesso.

Lo stato patologico il più comune del plesso coroide consiste in due picciole borse rotonde, trasparenti, che gli aderiscono, e che ricevono comunemente il nome d'idatidi; la loro ordinaria grossezza è quella di un pisello, ma sono state vedute gresse come il frutto di ribes. Io credo in seguito di ripetuti esami, che si debbano alla distensione della vena, che passa sul margine del plesso coroide; io sono giunto a distenderle con aria aprendo questa vena, e soffiandovi con un cannello.

---

(1) Io devo la conoscenza di questo caso al Dottor Blanc.

SEZIONE XXVIII.

Tumori rotondi aderenti al plesso coroide.

Aderiscono qualche volta, ma di rado al plesso coroide, alcuni tumori piccioli, e di una forma rotonda. Essi sembrano essere della medesima natura dei tumori rotondi, che si trovano in certi casi nella sostanza cerebrale, e che secondo me sono scrofolosi.

SEZIONE XXIX.

Stati patologici della ghiandola pineale.

Si trova quasi sempre nella sostanza di questa ghiandola una materia terrea, di cui è varia la quantità; spesso ella è assai considerabile. Le parti di questa materia non aderiscono fortemente insieme, giacchè la pressione delle dita rompe facilmente la coesione. La sua esistenza nella ghiandola pineale è così comune, che non si può riguardarla come un caso morboso; non pertanto io credo di avere più d'una volta trovato questa ghiandola senza deposito di tale natura.

SEZIONE XXX.

Ghiandola pineale scirrosa.

Alcuni Autori hanno riferite osservazioni di scirro della ghiandola pineale; io la ho in qualche caso trovata più consistente, che in altri, ma non ho giammai veduto quell'alterazione di tessitura, che propriamente chiamasi scirro, ed io la credo una malattia assai rara.

SEZIONE XXXI.

Acqua nella ghiandola pineale.

Si è trovata la ghiandola pineale assai distesa d'acqua limpida, ma quest'è ancora una malattia rarissima (1).

SEZIONE XXXII.

Stati patologici della ghiandola pituitaria.

Questa ghiandola è assai soggetta ad essere affetta da malattia; non mi è però accaduto di vederla alterata, che una sola volta. In questo caso aveva un volume ch'eguagliava due volte il naturale, e la sua sostanza era cangiata in una tessitura fibrosa poco sviluppata.

SEZIONE XXXIII.

Alterazioni morbose dei nervi.

Accade di rado, che si trovino i nervi attaccati da malattia entro la cavità del cranio, nulladimeno ho qualche volta veduto un nervo di un volume minore del naturale, di una tessitura più molle, e di un colore meno opaco. Io mi rammento di aver fatto quest'osservazione particolarmente sopra uno de' nervi ottici di una persona, che aveva perduto l'uso di un occhio (2). Il volume dei nervi varia

---

(1) Morgagni epist 62, art. 15.

(2) Ho veduto un caso di un grosso tumore formato in un nervo, di cui la tessitura era solida, il colore bianco-giallicio, ed eguagliava in grossezza un uovo di oca: il nervo

assai per primitiva conformazione, senza che alcuna malattia contribuisca a questa differenza.

SEZIONE XXXIV.

Vizj di conformazione del cervello.

All'esposto fin qui sulle alterazioni principali del cervello, e delle parti a lui annesse, non ho altro d'aggiugnere, se non se, che il cervello è soggetto ad una grande varietà nella sua mostruosa conformazione. In alcuni casi una gran parte del cervello manca, mentre che il cervelletto, e la midolla spinale sono interi, e di una perfetta conformazione. In altri casi non esiste quasi alcuna parte nè del cervello, nè del cervelletto, non essendo nel tempo stesso la midolla spinale, che di un piccolissimo volume: sonvi ancora casi in cui non si trova nè midolla spinale, nè sostanza cerebrale, ed in questi si crederebbe che naturalmente mancassero del tutto i nervi, ma non è così. I nervi delle membra esistono come nello stato naturale, e si vedono i nervi dorsali partire da una membrana ch'è nel canale vertebrale, e che rassomiglia alla dura madre; in diversi casi di mancanza della sostanza cerebrale si trova la midolla spinale, quantunque di un volume minore del naturale. In tali casi di conformazione difettosa il cranio è presso a poco al medesimo livello degli occhi, e sovente esiste nello stesso tempo sopra i suoi integumenti una escrescenza spugnosa. Quest'escrescenza è ordinariamente divisa in masse distinte, e protuberanti, coperte da una pelle fina, suscettibile d'inje-

---

era quasi perduto in questo tumore, di cui una parte presentava assai distintamente un tessuto fibroso analogo a quello dei nervi. Il tumore era in uno dei nervi ascellari, e fu estirpato dal Sig. Home nell'Ospizio di San Giorgio.

zione con cui dimostrasi molto vascolosa: fatta l'apertura vi si vede una tessitura cellulosa, di cui le cellule sono riempiute di una materia grumosa.

Vi ha spesso in luogo di quest'escrescenza una borsa, la quale nascendo dagl' integumenti del cranio, cuopre più, o meno la parte posteriore del tronco. La borsa è qualche volta composta da una membrana fina, poco forte; altre volte questa membrana è grossa, ed offre una resistenza assai grande. Essa comunica in alcuni casi colla cavità del cranio per mezzo di una considerabile apertura; in altri la comunicazione è assai stretta. Un fluido acquoso, e qualche volta una parte di sostanza cerebrale riempiono questa borsa.

SINTOMI.

L'infiammazione della dura madre non è caratterizzata da sintomi particolari, o distinti da quelli che accompagnano l'infiammazione delle altre membrane, e poco ancora si distingue dall' infiammazione della sostanza cerebrale; questi sintomi sono il dolore di testa, il delirio, una febbre sintomatica, e qualche volta movimenti convulsivi.

Quando si trovarono tumori aderanti alla dura madre, o alle altre membrane del cervello, si rimarcò un dolore di testa continuo; e qualche volta delirio, o convulsioni; ovvero, secondo alcuni, i sintomi ordinarj dell' apoplessia.

Movimenti convulsivi accompagnano quasi sempre l' ossificazione della dura madre con prolungamenti acuti; sovente vi ha ancora continuo dolore di capo, e delirio.

Uno stato comatoso, e qualche volta delirio,

caratterizzano la distensione sanguigna delle vene della pia madre: l'apoplessia perfetta n'è un sintoma secondo alcuni autori.

I sintomi dell'infiammazione della pia madre non differiscono da quelli già descritti della dura madre.

L'infiammazione della sostanza cerebrale è accompagnata da mal di capo, da delirio, da una febbre sintomatica, e qualche volta da coma.

Un ascesso della sostanza cerebrale è indicato da dolore, delirio, e coma; qualche volta da una paralisi parziale, e qualche altra da convulsioni.

L'ultimo sintoma fu osservato più frequentemente, allorchè gli ascessi erano formati nella protuberanza annulare, nella midolla allungata, o in parti assai vicine a queste, giacchè il pus le alterava colla sua compressione.

Si trovò in certi casi di mania il cervello più consistente, e più elastico, che nello stato naturale. Io so per altro da qualche tempo, e dietro la miglior autorità, che simile stato del cervello non è comune presso i maniaci, e che quest'organo non è per l'ordinario più consistente, nè più elastico in questi, che in quelle persone, lo spirito delle quali non provò alcun'alterazione.

I sintomi prodotti dai tumori solidi, o cistici del cervello, e riconosciuti dall'osservazione, sono un incomodo, o un dolore permanente di capo,

qualche volta il delirio, altra fiata movimenti convulsivi; ovvero, secondo alcuni, i sintomi ordinarj dell'apoplessia. Convien qui osservare, che se umori, di qualunque siasi natura, comprimono i talami dei nervi ottici, o questi medesimi nervi entro il cranio, la vista sarà lesa, e viziata in una diversa maniera; ma se i medesimi comprimono la protuberanza annulare, o la midolla allungata ne risultano ordinariamente movimenti convulsivi.

I sintomi dell'idrocefalo sono il mal di capo, il coma, movimenti convulsivi, il digrignare dei denti durante il sonno, i vapori caldi, la dilatazione delle pupille, e verso la fine della malattia lo sguardo guercio. Lo stomaco è per l'ordinario morbosamente affatto, e il canale intestinale poco sensibile ai rimedj purgativi. Nel principio di questa malattia, il polso è frequente, ma regolare: in un'epoca avanzata diventa lento, ed irregolare, ma verso la fine ritorna ancora a farsi irregolare, e frequente. Quando la malattia ha progredito lentamente, e la vita abbia durato per alcuni mesi od anche per anni, si osservarono le funzioni del cervello meno lese, di quello si era aspettato, sino alla fine della malattia.

Il malato è più, o meno in uno stato comatoso in conseguenza di un'effusione di sangue sopra qualche membrana del cervello, secondo il grado di quest'effusione, e secondo la sensibilità del cervello agli effetti della compressione.

Esempj innumerabili dimostrano, che le funzioni del cervello possono essere diversamente affette dalla medesima causa visibile.

Quando l'effusione di sangue si fa nella sostanza cerebrale nasce l'apoplessia, di cui i sintomi sono il coma, spesso una respirazione stertorosa, la paralisi, ordinariamente emiplegiaca, e assai di frequente movimenti convulsivi. Quando l'ammalato non soccombe subito, ma sopravvive qualche tempo all'attacco, l'emiplegia, ch'è la conseguenza quasi costante di questa malattia, prende il lato del corpo opposto a quello affetto del cervello. Dietro questo fatto sembra doversi credere, che i nervi del lato sinistro vengano dal lato dritto del cervello, e vice versa (1).

FINE.

(1) Il Dott. Hunter ha fatto dissecazioni assai delicate, ed esattissime relative all'apoplessia, ed alle sue conseguenze. Queste dissecazioni sono state il soggetto delle letture Gulstoniane nel 1796 avanti il Collegio dei Medici. Simili letture mi hanno fornito i mezzi di spiegare con maggior precisione, che altrimenti non avrei potuto fare, le alterazioni patologiche conseguenze di questa malattia.

Correzioni .

Pag.	*lin.*		*leggi*
4	2	esser non deve	esser deve
8	21	solevando	sollevando
11	7 8	pro produrre	produrre
26	18	caminano	camminano
46	2	sopravenno	sopravvenne
72	29	caratterizza	caratterizzano
73	29 30	presso a a poco	presso a poco
80	17	ma un caso è assai raro	ma un tale caso è assai raro
83	26	si estenda	si estende
87	12	fassi	fasci
96	36	gli sono proprie	le sono proprie
115	14	spargente	sporgente
131	14-15	coagulato	coagulabile
141	9	SEZIONE VII.	SEZIONE VIII.
144	13	e considerabile	è considerabile
ivi	19	mi soviene	mi sovviene
ivi	20	rossomigliava	rassomigliava
185	3	in nodo	in modo
220	26	dalla matrice	della matrice
250	21	larghi	larghe

INDICE

DELLE MATERIE

Cap. I. *Stati patologici del pericardio*, pag 1. *Infiammazione del pericardio*, ibid. *Aderenze del pericardio al cuore*, 4. *Idrope del pericardio*, 5. *Tumori scrofolosi del pericardio*, 7. *Pericardio quasi secco*, ibid. *Pericardio cartilaginoso ed osseo*, 8. *Mancanza del pericardio*, ibid. *Sintomi*, 9.

Cap. II *Stati patologici del cuore*, 11 *Infiammazione del cuore*, ibid. *Macchie bianche sulla superficie del cuore*, 12. *Del polipo*, 13. *Aneurisma del cuore*, 15. *Aneurisma della curvatura dell' aorta*, ibid. *Ossificazione delle valvule semi-lunari*, 18. *Valvule semi-lunari divenute grosse, ed opache*, 19. *Rottura delle valvule*, ibid. *Ossificazione delle valvule ventricolo-auricolari*, ibid. *Ingrossamento ed opacità delle suddette valvule*, 20. *Rottura del cuore*, ibid. *Sangue nel pericardio senza rottura del cuore*, 21. *Vizio di conformazione del cuore*, ibid. *Accresciuto volume del cuore*, 25. *Idatidi del cuore*, ibid. *Porzione del cuore ossea o terrea*, 26. *Sintomi*, ibid.

Cap. III. *Alterazioni patologiche osservate nel torace*, 29. *Infiammazione*, ibid. *Aderenza nella cavità del torace*, 31. *Empiema*, ibid. *Idrotorace*, 32. *Pleure divenute pressochè secche*, 33. *Ossificazione delle pleure*, ibid. *Sintomi*, 34

Cap. IV. *Stati patologici de' polmoni* 37. *Infiammazione*, ibid. *Ascessi dei polmoni*, 39. *Tubercoli de' polmoni*, 40. *Tubercolo molle, e polposo*, 42. *Raccolta d'acqua nella sostanza de' polmoni*, 43 *Polmoni distesi dall' aria*, ibid. *Cellule aeree de' polmoni ingrandite*, 44 *Vescichette aeree attaccate agli orli de' polmoni*,

274
ibid *Polmoni cangiati in una sostanza rassomigliante al fegato*, 45 *Polmoni divenuti ossei*, ibid *Tumore solido comprimente i polmoni*, 46 *Concrezioni terree ne' polmoni*, ibid. *Idatidi*, 47 *Sintomi*, ibid.

Cap. V *Stati patologici della ghiandola tiroidea, della laringe, e delle parti contenute nel mediastino posteriore*, 49 *Infiammazione della ghiandola tiroidea*. 50 *Broncocele*, ibid *Scirrosità della ghiandola tiroidea*, 51. *Ossificazione della ghiandola tiroidea*, 52. *Ossificazione delle cartilagini della laringe*, 53. *Ulcere nella cavità della laringe*, 54 *Stati patologici contenuti nel mediastino posteriore*, ibid *Stati patologici della trachea*, 55. *Apparenza della trachea nella trachelitide*, ibid *Del polipo*, 56 *Scirrosità della trachea*. 57 *Ossificazione degli anelli della trachea*, ibid *Ulcera della trachea*, 58. *Stati patologici dell'esofago*, ibid. *Costrizione spasmodica dell' esofago*, 59. *Ristrignimento della membrana interna dell' esofago*, ibid *Costrizione accompagnata da ulcera*, 60. *Esofago divenuto cartilagineo*, 61. *Fungo nella faringe*, ibid *Tumore scrofoloso nella faringe*, 62. *Sacco formato all' estremità inferiore della faringe*, ibid. *Dell' aorta discendente*, 64 *Varicosità della vena azygos*, ibid. *Rottura della vena azygos*, 65. *Varicosità del canale toracico*, ibid *Ostruzione del canale toracico*, ibid. *Rottura del canale toracico*, 66 *Ghiandole assorbenti divenute scrofolose*. ibid *Ghiandole assorbenti divenute scirrose*, 67. *Ghiandole assorbenti ossee*, ibid. *Del mediastino anteriore*, 68. *Alterazione patologica del timo*, ibid *Sintomi*, 69.

Cap. VI *Apparenze prodotte nella cavità dell' addome da cause morbose*, 74 *Infiammazione del peritoneo*, 75 *Aderenza nella cavità dell' addome*, 78. *Di alcune masse scrofolose aderenti al peritoneo*, 79 *Tumori cancerosi aderenti al peritoneo*, 80. *Tumori steatomatosi aderenti al peritoneo*, ibid. *Idatidi nell' addome*, ibid. *Aria nella cavità dell' addome*, 81. *Sintomi*, ibid.

Cap. VII. *Stati patologici dello stomaco*, 83. *Infiam-*

mazione, ibid. *Condizione del ventricolo ne' soggetti morti da idrofobia*, 85. *Ulcere dello stomaco*, ibid. *Cancro e scirro dello stomaco*, 86. *Tumori scirrosi circonscritti dello stomaco*, 88.

Cap VIII *Borsa formata nello stomaco*, ibid. *Ristrignimento del piloro*, 89. *Stomaco assai contratto*, ibid. *Stomaco disteso dall' aria*, 90 *Porzione dello stomaco disciolta dal succo gastrico*, ibid. *Tumori adiposi nello stomaco*, 91. *Calcoli nello stomaco*, 92. *Papille morbose osservate nello stomaco*, ibid. *Pustole vajuolose osservate nello stomaco*, ibid. *Sintomi*, 93.

Cap. IX *Stati patologici degl' intestini*, 94. *Infiammazione*, ibid. *Invaginazione*, 98. *Delle ernie*, 99. *Dell' ernia congenita*, 102.

Cap. X. *Dello scirro, e del cancro degl' intestini* 103. *Alterazioni patologiche degl intestini cagionate dalla dissenteria*, 105. *Piaghe ingrossate della membrana interna de'crassi intestini*, 106. *Emorroidi* ibid. *Della fistola all' ano*, 107. *L' estremità inferiore del retto terminata in fondo di sacco*, 108 *L'intestino retto terminante nella vescica*, 109. *Vermi*, ibid. *Dell'aria raccolta negl'intestini*, 114 *Materia ossea formata negl' intestini*, ibid *Anello sporgente nato nella cavità dell' intestino digiuno*, 115. *Materia calcolosa trovata negl' intestini*, ibid *Pustole vajuolose sopra gl' intestini*, 116. *Stati patologici del mesenterio*, ibid. *Sintomi*, 118.

Cap. XI *Stati patologici del fegato*, 122. *Della infiammazione della membrana del fegato*, ibid. *Aderenze*, 123, *Tonache del fegato convertite in cartilagini*, 124. *Infiammazione della sostanza del fegato*, ibid. *Tubercolo comune del fegato*, 125. *Grande tubercolo bianco del fegato*, 127. *Tubercolo molle nericcio del fegato*, 128. *Tumori scrofolosi del fegato*, ibid. *Fegato floscio con tumori rossicci*, 129. *Sostanza del fegato assai molle*, ibid *Sostanza del fegato assai indurata*, 130. *Idatidi*. ibid. *Cisti del fegato contenenti una materia terrea*. 133. *Rottura del fegato*, ibid. *Vermi del fegato*, 134. *Sintomi* ibid.

Cap. XII. *Stati patologici della vescichetta del fiele*, 137. *Infiammazione delle sue tonache*, ibid. *Aderenze*, 138 *Esulcerazione della vescichetta del fiele*, ibid. *Ingrossamento delle tonache della vescichetta del fiele, e formazione di tubercoli nel suo tessuto*, 139. *Tonache della vescichetta del fiele divenute ossee*, ibid *Alterazioni patologiche dei canali biliari: loro dilatazioni*, ibid. *Comunicazione non naturale fra la vescichetta del fiele, e lo stomaco*, 141. *Calcoli biliari*, ibid. *Della bile*, 144. *Vescichetta del fiele distesa dalla bile*, 145 *Idatidi della vescichetta del fiele* ibid. *Mancanza della vescichetta del fiele*, ibid. *Sintomi*, 146.

Cap XIII. *Stati patologici della milza*, 147. *Infiammazione delle tonache della milza*, ibid *Aderenze*, 148. *Infiammazione della sostanza della milza*, ibid. *Milza divenuta assai molle*, 149 *Induramento della milza*, 150. *Tubercoli della milza*, ibid. *Tonache della milza cartilaginose*, 151. *Grossezza eccessiva della milza*, 152 *Idatidi della milza*, ibid. *Concrezioni pietrose della milza*, ibid. *Rottura della milza*, 153. *Diverse piccole milze*, ibid. *Mancanza della milza*, 154 *Sintomi*, ibid.

Cap. XIV. *Stati patologici del pancreas*, 156 *Infiammazione del pancreas*, ibid. *Induramento del pancreas*, ibid. *Calcoli del pancreas*, 157 *Mancanza del pancreas*, 158. *Sintomi*, ibid.

Cap. XV. *Stati patologici de' reni, e delle loro capsule*, 159. *Infiammazione delle capsule de' reni*, ibid. *Ascesso de' reni*, 160. *Tubercoli scrofolosi de' reni*, 161. *Scirro de' reni*, ibid. *Stato de' reni nel diabete*, 162. *Reni ammolliti*, 163. *Idatidi de' reni*, 164, *Calcoli dei reni*, 165 *Degenerazione de' reni in materia ossea, o terrea*, 167. *Varietà di conformazione primitiva de' reni*, ibid. *Stati patologici delle capsule soprarenali*, 168. *Ascesso delle capsule soprarenali*, 169. *Scrofole delle capsule soprarenali*, ibid. *Sintomi*, 170.

Cap XVI. *Stati patologici della vescica*, 171. *Infiammazione della tonaca peritoneale della vescica*, ibid.

Infiammazione della membrana interna, 171. *Ulcere*, 173. *Scirro, e cancro*, 174 *Escrescenza fungosa*, ibid. *Polipo della vescica*, 175. *Prolungamenti della membrana interna*, ibid *Cisti comunicanti colla vescica*, 176. *Ingrossamento della tonaca muscolosa*, 177. *La vescica divisa in due cavità*, 178. *Calcoli*, 179. *Distensione della vescica*, 184. *Contrazione della vescica*, 185. *Mancanza della parte anteriore della vescica*, ibid. *Comunicazione fra la vescica, ed il retto per vizio di conformazione*, 188. *Una parte della vescica entro il sacco erniario*, ibid. *Sintomi*, ibid.

Cap. XVII. *Stati patologici delle vescichette seminali*, 189 *Infiammazione delle vescichette seminali*, ibid. *Scrofole delle vescichette seminali*, 190. *Canali delle vescichette seminali terminate in fondo di sacco*, ibid *Vescichette seminali assai piccole*, 191. *Mancanza di una vescichetta seminale*, ibid *Scirro delle vescichette seminali*, ibid. *Picciole pietre trovate nelle vescichette seminali*, 192. *Sintomi*, ibid.

Cap. XVIII. *Stati patologici della ghiandola prostata*, ibid. *Ascesso della ghiandola prostata*, ibid. *Scrofole della ghiandola prostata*, 193. *Scirro della ghiandola prostata*, ibid. *Calcoli de' canali della ghiandola prostata*, 195 *Canali escretori della prostata cresciuti di capacità* ibid. *Prostata estremamente piccola*. 196, *Sintomi*, ibid.

Cap. XIX *Stati patologici dell' uretra*, 198, *Ascessi*, ibid. *Fistole*, ibid. *Calcolo nella cavità della parte membranosa dell' uretra*, 199. *Ghiandole di Cowper assai di rado malate*, ibid *Infiammazione della membrana interna dell' uretra*, 200. *Ulcere dell' uretra*, ibid. *Ristringimento dell' uretra*, 201. *Caruncula nell' uretra*, ibid. *Strato di materia terrea nell' uretra*, 202 *Orifizio contro natura dell' uretra*, ibid. *Sintomi*, 203.

Cap. XX. *Stati patologici de' testicoli, e del cordone spermatico*, 204 *Dell' idrocele*. ibid *Idatidi*, 205. *Corpi cartilaginosi liberi nella tonaca vaginale*, ibid. *Aderenze*, ibid. *Infiammazione del testicolo*, 206.

Ascesso del testicolo, ibid. *Scrofole dei testicoli*, 207. *Testicolo ingrandito, e polposo* ibid. *Scirro, e cancro del testicolo*, ibid. *Testicolo cartilaginoso*, 208. *Ossificazione del testicolo*, ibid. *Cisti aderente al testicolo, e contenente* una vena mediuense, 209 *Epididimo terminante in fondo di sacco*, ibid. *Ristrignimento del condotto deferente*, ibid. *Testicoli piccolissimi, e atrofici*, 210. *Stati patologici del cordone spermatico: scirro del cordone spermatico*, 211. *Scrofole del cordone spermatico*, ibid. *Varici del cordone spermatico*, ibid. *Raccolta d'acqua nel tessuto celluloso del cordone spermatico*, 212. *Acqua raccolta in un sacco formato nel mezzo del cordone spermatico*, 213. *Sintomi*, ibid.

Cap XXI. *Stati patologici degli organi genitali della femmina*, 215. *Infiammazione della matrice*, ibid. *Ulcere maligne della matrice*, 216. *Aumento scirroso della matrice*, ibid *Tubercoli della matrice*, 217. *Polipo della matrice*, 218. *Inversione della matrice* 219 *Caduta della matrice*, 220. *Ristrignimento della cavità della matrice*, ibid. *Ristrignimento, e otturazione della bocca dell'utero*, 221. *Ossificazione della matrice*, ibid. *La matrice convertita in una materia terrea*, ibid. *Massa ossea nella cavità della matrice*, 212. *Pietre nella cavità della matrice*, ibid. *Feto morto della matrice convertito in una materia terrea*, 213. *Acqua nella cavità della matrice*, ibid *Idatidi nella matrice*, 224. *Rottura della matrice*, ibid. *Due matrici*, 225 *Varietà naturali della matrice*, ibid. *Sintomi*, 226.

Cap. XXII. *Stati patologici delle ovaje*, 229. *Infiammazione della tonaca peritoneale delle ovaje*, ibid. *Infiammazione della sostanza delle ovaje*, ibid. *Scirro delle ovaje*, 230 *Ovaje accresciute di volume, e convertite in una sostanza polposa*, ibid. *Scrofole delle ovaje*. ibid. *Idropisia delle ovaje*, ibid. *Le ovaje convertite in una materia adiposa con peli, e denti*, 232. *Feto nell'ovaja*, 233.

Ristrignimento delle ovaje, 234. *Mancanza di una, o di tutte, e due le ovaje*, ibid. *Sintomi*, 235

Cap. XXIII. *Stati patologici delle trombe del faloppio*, 236. *Infiammazione delle trombe del faloppio*, ibid. *Aderenze*, ibid. *Idrope delle trombe di faloppio*, 237. *Trombe faloppiane terminate in fondo di sacco*, ibid. *Uovo (o germe) nella tromba faloppiana*, 238. *Tumore duro nascente dalla tromba faloppiana*, 239. *Stati patologici de' legamenti rotondi*, ibid *Sintomi*, ibid.

Cap. XXIV. *Stati patologici della vagina*, 240. *Infiammazione della vagina*, ibid. *Aderenza delle pareti della vagina*, ibid. *Ulcere della vagina*, ibid. *Tumori scirrosi della vagina*, 241. *Inversione della vagina*, ibid *Vagina assai corta*, 243. *Dilatazione della vagina*, ibid. *Vagina molta ristretta*, ibid. *Sintomi*, 244.

Cap. XXV. *Stati patologici, e conformazioni viziose delle parti esterne della generazione della femmina*, 245. *Imperforazione dell' imene*, ibid *Eccessiva grossezza della clitoride*, 246. *Grossezza eccessiva delle ninfe*, 247, *Congiunzione delle grandi labbra*, ibid.

Cap. XXVI. *Alterazioni patologiche del cervello, e delle sue membrane*, 248. *Infiammazione della dura madre*, ibid *Tumori scrofolosi aderenti alla dura madre*, 250. *Tumori fungosi della dura madre*, ibid. *Materia ossea formata nella dura madre*, ibid. *Aderenze assai forti fra la dura madre, ed il cranio*, 251. *Alterazioni patologiche dell' aracnoide*, ibid. *Stati patologici della pia madre*, 252, *Distensione sanguigna delle sue vene*, ibid. *Infiammazione della pia madre*, ibid. *Tumori scrofolosi aderenti alla pia madre*, 253. *Aria ne' vasi della pia madre*, ibid. *Idatidi*, 254. *Una porzione della pia madre ossificata*, ibid *Alterazioni patologiche della sostanza cerebrale. Infiammazione*, ibid. *Ascessi*, 255. *Cancrena*, ibid. *Sostanza cerebrale assai molle*, 256. *Cervello molto consi-*

stente, ibid. *Sostanza bianca, e consistente formata nel cervello*, 257. *Tumori cistici* ibid. *Tumori ossei comprimenti il cervello*, 258. *Eminenze ossee producenti un' irritazione nel cervello*, ibid. *Idrocefalo*, 259. *Dell' acqua sopra la superficie del cervello, e fra le sue membrane*, 261. *Effusione, o stravaso di sangue*, ibid. *Cavità nel cervello contenenti un fluido sieroso*, 263. *Aneurisma dell' arteria carotide interna sul lato della sella equina*, ibid. *Stati patologici del plesso coroide. Piccole borse in questo plesso*, 264. *Tumori rotondi aderenti al plesso coroide*, 265 *Stati patologici della ghiandola pineale*, ibid. *Ghiandola pineale scirrosa*, ibid *Acqua nella ghiandola pineale*, 266. *Stati patologici della ghiandola pituitaria*, ibid. *Alterazioni morbose de' nervi*, ibid. *Vizj di conformazione del cervello*, 267. *Sintomi*, 268.